

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Mgr. Anna Fričová

Kvalita života a vztah ke svému tělu u dospívajících s nadváhou a obézních

Life quality and body awareness among overweight and obese adolescents

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala své vedoucí práce paní PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za vedení, cenné odborné rady a především trpělivost. Dále bych ráda poděkovala představitelům institucí, kteří mi sběr dat umožnili.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval(a) samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. V Praze, dne

.....

Mgr. Anna Fričová

Klíčová slova:

Kvalita života, sebepojetí, vztah ke svému tělu, dospívání, obezita, nadváha

Klíčová slova (anglicky):

Quality of life, self-concept, body awareness, adolescence, obesity, overweight

Abstrakt

Cílem práce je prozkoumat problematiku obezity a nadváhy u dospívajících z medicínského, psychologického a sociálního úhlu pohledu s důrazem na vývojové hledisko, a to nejen skrze poznatky z aktuální literatury, ale také pomocí výsledků současných výzkumů.

V teoretické části je projekt zaměřen na specifika nadváhy a obezity u dospívajících s důrazem na dopad na kvalitu života a vztah k vlastnímu tělu právě v této konkrétní věkové skupině. Pozornost je věnována také psychologickým aspektům jídelního chování v rodině, životnímu stylu v rodině a současným vývojovým trendům v oblasti body image. Kromě toho jsou sledovány rozdíly mezi dospívajícími dívkami a chlapci, a to jak v jejich způsobu trávení volného času, tak i přístupu ke zdravému životnímu stylu. Dále práce zkoumá motivaci ke změně jídelních a pohybových návyků a vhodné způsoby včasné intervence. Empirický výzkum je orientován na sledování dopadu nadváhy a obezity na kvalitu života a vztah ke svému tělu u dospívajících. Sběr dat proběhl formou dotazníků, přičemž během celého výzkumu bylo nezbytné dodržení etických zásad. Závěrečná část práce shrnuje získané poznatky a zhodnocuje jejich výsledky v porovnání s jinými výzkumy.

Abstract

The main aim of my diploma thesis is to examine the issue of obesity and overweight in adolescents from a medical, psychological and social point of view with emphasis on the developmental perspective, not only through knowledge from literature, but also through the results of current research. In the theoretical part, the project focuses on the specifics of overweight and obesity in adolescents with an emphasis on the impact on quality of life and the relationship to their own body in this particular age group. There is also a big attention paid to psychological aspects of eating behavior in the family, lifestyle in the family and current development trends in the field of body image. In addition, differences between adolescent girls and boys are also being monitored. They are monitored by two ways and those are how they are spending their free time and how they approach to a healthy lifestyle. In addition, the work examines the motivation to change eating and exercise habits and appropriate ways of early intervention. Empirical research is focused on monitoring the impact of overweight and obesity on quality of life and the relationship to their body in adolescents. The data were collected in a form of questionnaires, and ethical principles were necessary to adhere throughout the research. The final part of the work summarizes all the acquired knowledge and evaluates the results in comparison with other research.

OBSAH

1 ÚVOD.....	str. 7
2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	str. 8
2.1 Charakteristiky dospívání.....	str. 8
2.2 Rodina dospívajícího.....	str. 9
2.3 Vrstevníci a škola.....	str. 10
2.4 Volný čas dospívajícího.....	str. 11
3 NADVÁHA A OBEZITA DOSPÍVAJÍCÍCH.....	str. 14
3.1 Definice a kategorie nadváhy a obezity.....	str. 14
3.2 Faktory ovlivňující nadváhu a obezitu dospívajících.....	str. 15
3.3 Rizika nadváhy a obezity dospívajících.....	str. 16
3.4 Psychologické aspekty nadváhy a obezity dospívajících.....	str.17
3.4.1 Psychologické aspekty nadváhy a obezity dospívajících.....	str. 17
3.4.2 Sociální aspekty nadváhy a obezity dospívajících.....	str. 19
3.5 Jídelní chování dospívajících.....	str. 20
3.6 Prevence nadváhy a obezity.....	str. 22
3.7 Léčba nadváhy a obezity u dospívajících.....	str. 23
4 KVALITA ŽIVOTA.....	str. 27
4.1 Definice kvality života.....	str. 27
4.2 Kvalita života související se zdravím.....	str. 28
4.3 Kvalita života dětí a dospívajících	str. 29
4.4 Kvalita života související se zdravím u dětí a dospívajících	str. 29
4.5 Kvalita života dětí a dospívajících s nadváhou nebo obezitou.....	str. 30
4.6 Měření kvality života dospívajících.....	str. 31
5 SEBEPOJETÍ.....	str. 33
5.1 Definice sebepojetí.....	str. 33
5.2 Sebeпоjetí dospívajících.....	str. 35
5.2.1 Vývoj a formování sebepojetí dospívajících.....	str. 35
5.2.2 Tělesné sebepojetí dospívajících.....	str. 36
5.2.3 Rozdíly mezi pohlavími.....	str. 37
5.3 Sebeпоjetí dospívajících s nadváhou nebo obezitou.....	str. 38
5.4 Možnosti zlepšení sebepojetí u dospívajících s nadváhou nebo obezitou..	str. 40
5.5 Měření sebepojetí dospívajících.....	str. 41

6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	str. 42
7 ETIKA VÝZKUMU.....	str. 43
8 VÝZKUMNÝ CÍL A HYPOTÉZY.....	str. 44
9 METODY VÝZKUMU.....	str. 45
9.1 Dotazník o pediatrické kvalitě života PedsQL 4.0	str. 45
9.2 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2).....	str. 46
9.3 Škála siluet postav.....	str. 48
10 SBĚR DAT.....	str. 49
11 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	str. 51
12 ANALÝZA DAT.....	str. 55
12.1 Popisná statistika.....	str. 55
12.1.1 Výsledky dotazníku PedsQL 4.0.....	str. 55
12.1.2 Výsledky dotazníku sebepojetí PHCSCS-2.....	str. 56
12.1.3 Výsledky škály siluet postav.....	str.57
12.2 Testování hypotéz.....	str. 60
13 VÝSLEDKY.....	str. 63
14 DISKUZE.....	str. 64
15 ZÁVĚR.....	str. 66
LITERATURA.....	str. 67
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	str. 74
SEZNAM ZKRATEK.....	str. 75
PŘÍLOHA.....	str.76

1. ÚVOD

Kvalita života zdravých dospívajících jedinců nabízí ještě široký prostor pro studium a výzkumy. Pozornost byla v minulosti věnována spíše té části dospívající populace, která trpěla nějakým onemocněním, ale zaslouží si ji i ta část, která žádným onemocněním netrpí. Vzhledem k mnoha změnám, které se dnes ve společnosti dějí, bude nutné přizpůsobit se tomuto rychlému sledu událostí a pozorovat, jaký mají dopad nejen na populaci dospělých, ale i na populaci dětí a dospívajících. Otevírá se před námi nový horizont, kde předvídatelnou budoucnost už nebudeme brát jako samozřejmost, a kde se nám možná vrátí pokora, kterou v našich životech mnohdy nahradila domnělá sebejistota ohledně naší nadřazenosti nad přírodou.

Důležitý element života dítěte a dospívajícího je také vztah k sobě samému, který se postupně formuje, a který do značné míry určí i budoucí směřování jedince. Zaměření pozornosti na kvalitu života a sebepojetí dětí a dospívajících může představovat zdroj informací pro zavedení lepší prevence. Dítě a dospívající, kteří vnímají svůj život jako kvalitní a naplňující, se mohou i v dospělosti lépe vypořádávat s požadavky života a tím, co nám přináší. Stejně tak člověk, který se dokáže přijmout ve své tělesnosti bez zatížení komplexy či negativním postojem k sobě samému získává obrovskou výhodu.

Jedinci, kteří se už od dětství či dospívání potýkají s nadváhou a obezitou, si nesou kromě reálného břemene kil navíc také mnoho břemen vnitřních, mnohdy skrytých a mnohdy velmi bolestivých. V této problematice se často setkáváme s bludným kruhem, kde se z obézního dospělého stane obézní rodič, jehož obézní dítě vyroste do obézního dospělého a následně se z něj stane obézní rodič. Pokud není v silách rodiny se z tohoto cyklu vymanit, je potřeba jim nabídnout kvalitní odbornou pomoc.

Období dospívání je náročné samo o sobě, ale pokud se sebepojetí v tomto období formuje ještě pod vlivem nadměrné váhy, představuje to opravdu těžký úkol, se kterým je třeba pracovat. Přesto však mezi obezitou či nadváhou a všemi níže uvedenými možnými komplikacemi u dospívajících neleží rovnítko. Komplikace se mohou objevit, ale určitě nejsou pravidlem a skutečnost, že jedince vychází v tabulkách se svými hodnotami trochu jinak, než udává norma, ještě nutně nemusí znamenat katastrofický scénář černé budoucnosti.

Nejlepším prostředkem v boji proti nadváze a obezitě u dětí je prevence a vzdělávání v oblasti nutriční výchovy. Pár kilo navíc nemusí značit neštěstí na celý život, ale výhodnější strategií je pomoci dětem a následně dospívajícím se jim vyvarovat.

2. OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je specifickou životní fází se svými typickými znaky. Je možné jej členit na etapu ranou (11.-15.rok) a pozdní (15.-20.rok). Typické je tělesné, a hlavně pohlavní dozrávání, zevnějšek se stává významným elementem sebepojetí, dochází ke změnám ve způsobu myšlení i v emočním prožívání. Na významu nabývá fyzická atraktivita. Toto období je charakteristické emoční nevyrovnaností a nejistotou, přecitlivělostí na hodnocení vlastní osoby druhými (Vágnerová, 2005).

Setkáváme se i se členěním adolescence na tři období: časnou (10-13), střední (14-16) a pozdní (17-20). Lze ji označit za období vývojových přechodů, kdy dochází ke změnám tělesným, kognitivním, emocionálním, mění se postoje a mezilidské vztahy i vztah k sobě samému. Za její význačné charakteristiky lze považovat i nově důležitou sebereflexi a seberegulaci (Macek, 2003).

Další členění nabízí Langmeier a Krejčířová (2006), kteří období pubescence, vymezeného zhruba mezi 11. a 15. rokem života, dělí na období prepuberty (označovaného také jako první pubertální fáze) a období vlastní puberty (tedy druhou pubertální fázi).

2.1 Charakteristiky dospívání

Dospívání je označováno také jako období tranzitorní, charakteristické vnitřními zmatky, hledáním a emoční rozkolísaností, ve kterém jde o překlenutí dětství a členění nejisté budoucnosti v nové roli dospělého jedince. Dochází ke změnám v myšlení, chování, postojích, sociálních preferencích, v podobě sebe prezentace, vyšší kritičnosti vůči dosavadním hodnotám i autoritám. Upozadňují se vazby k rodičům a místo nich se stávají významnějšími vazby a vztahy s vrstevníky, dospívající se chce v jejich společnosti uplatnit a prosadit (Fialová & Křeh, 2012).

Dospívající je pod tlakem biologických procesů a sociokulturních nároků. Jejich potřeby a cíle se mění, ústředním tématem je výkon, vzhled, sex, svoboda nebo ekonomická nezávislost. Myšlení se stává černobílým, což vede k vysoké kritičnosti vůči autoritám a tvoří to podklad mnoha konfliktů. Toto období je z biologického hlediska významně určeno pohlavím, somatotypem, stavem výživy, celkovou fyzickou zdatností a kondicí. Sebe pojetí a atraktivitu dospívajícího významně ovlivňuje výkonnost či případné odchylky ve fyzickém vzhledu, z čehož plyne, že například fyzické postižení, přílišná štíhlost, obezita nebo drobné vzhledové odchylky mohou být příčinou mnohých duševních trápení, sociální zranitelnosti a

mohou ovlivňovat i jeho společenské vztahy. Významné ovlivňující sociální faktory jsou poměry v nukleární rodině, sociokulturní úroveň, emoční atmosféra v rodině, širší příbuzenské vztahy, hospodářská situace rodiny, příslušnost k určité náboženské nebo etnické skupině. Mezi ty psychologické patří temperament, emotivita, morálně-volní vlastnosti, intelektuální úroveň, způsob myšlení a vnímání světa (Fialová & Krch, 2012).

2.2 Rodina dospívajícího

Obecné pojednání o rodině není tématem této práce, přesto je seznámení se s některými jejími aspekty zásadní pro doplnění kompletního obrazu problematiky nadváhy a obezity u dospívajících.

Současná rodina prošla výrazným vývojem a její charakteristiky se velmi změnily. Rodiny se dnes potýkají se skutečnostmi, jako je snížení její stability, přesun mnoha jejích funkcí na instituce, vyšší nároky na dobu strávenou v zaměstnání a podobně (Kraus & Poláčková, 2001). Kromě toho rodiny musí řešit řadu problémů jako je dojíždění za prací, nedostatek času na jídlo, jeho přípravu i stravování v domácím prostředí a finanční situace (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2015).

Mezi znaky současných českých rodin patří dle Šulové (2011) změny v očekávání trvalosti vztahu, stabilita rodin je nižší, roste rozvodovost, první manželství se odkládá do vyššího věku stejně jako první rodičovství, jedinci mají předmanželské zkušenosti v sexu atd.

V moderním světě je možné označit za hlavní zdroj dětské obezity právě životní styl rodiny. Nerovnováhu mezi energetickým příjmem a výdejem si odnáší do života z jejích zvyklostí, v případě obézních rodičů se ten samý problém objevuje u jejich dětí třikrát častěji než u rodičů, kteří nadváhou netrpí (Marinov & Nesrstová, 2012). Životní styl patří mezi klíčové determinanty zdraví. Mezi faktory, které zdraví poškozují nejvíce, patří kromě kouření, nadměrné konzumace alkoholu, užívání drog, rizikového sexuálního chování a nadměrné psychické zátěže právě nízká pohybová aktivita a nesprávná výživa (Machová & Kubátová, 2015).

Oproti tomu stojí zdravý životní styl. Sigmund & Sigmundová (2011) definují pohybově aktivní a zdravý životní styl jako takový, který *podporuje zdraví dostatečnou pohybovou aktivitou, vyváženou výživou, vyrovnaným a pravidelným denním a pitným režimem,*

odpovědným chováním (zahrnujícím neužívání drog, většího množství alkoholu; nekuřáctví, předcházení opakovaným stresovým a konfliktním situacím). Typickým znakem je aktivní trávení nezanedbatelné části volného času zdravotně prospěšnou pohybovou aktivitou (s. 9).

Na životním stylu rodiny závisí organizace jídelního režimu. Je ovlivněn ekologickými a ekonomickými podmínkami, podnebím, teplotou klimatu, délkou a organizací pracovní doby rodičů, rodinnou konstelací. Velmi důležitým faktorem, na němž závisí výběr potravin a vařených pokrmů, je vzdělání matky. Zásadní roli hraje i společné stravování členů rodiny – dochází při něm k osvojování vhodného denního režimu, děti se učí společenskému chování, předávají se rodinné tradice, rozvíjí se komunikace (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

Neznalost zásad správné výživy, nevhodné postoje a stravovací návyky a nepravidelnost příjmu potravy v rodině tvoří základ pro rozvoj obezity dítěte. Nebezpečí představuje přístup rodičů, kteří podávají jídlo jako prostředek k uklidnění pláče nebo jako odměnu a podávání nadbytečně velkých porcí. Základními chybami v nutriční výchově dětí je pak jejich překrmování od raného věku, nedodržování odborných zásad, nerespektování vývojových a věkových charakteristik dítěte a jeho individuality, podpora nevhodných preferencí nebo nevhodná skladba jídelníčku (Středa, 2013).

Obézní rodič nebo rodiče jsou tedy velmi významným rizikovým faktorem vzniku obezity u dítěte. Rodiče jako tvůrci jídelníčku určují, které potraviny budou tvořit základ stravování. Ve výběru skladby potravin hraje roli vzdělání rodičů nebo rodinné jídelní tradice. Vyšší dosažené vzdělání rodičů vede k menší konzumaci uzenin, tučných jídel i sladkostí u jejich dětí (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2015).

Podmínky života dospívajících ovlivňuje také ekonomické zázemí rodiny (Csémy, 2005). Socioekonomický status spoluurčuje přístup k pohybovým aktivitám a vyšší status znamená snadnější přístup k fyzickým aktivitám (Sekot, 2015).

2.3 Vrstevníci a škola

V období mladší adolescence dochází ke změnám v mezilidských vztazích dospívajících, kdy se mění vztahy s dospělými i vztahy s vrstevníky. Názory dospělých už adolescent přijímá s kritikou a často s nimi polemizuje. Vrstevnická skupina se stává partnera. Zároveň vztahy s

vrstevníky uspokojují různé psychické potřeby, jakými jsou potřeba stimulace, smysluplného učení, jistoty a bezpečí, potřeba být akceptován (Vágnerová, 2005).

Klíčovými se pro dospívajícího stávají role mimo rodinu a zásadní se stává vztahová skupina vrstevníků-školní třída, sportovní klub nebo parta, se kterými dospívající tráví stále více času, a kteří jej významně formují (Jedlička, 2017).

stále důležitějším zdrojem sociální a emoční podpory. Získává nové sociální role, roli dospívajícího, člena party nebo

Začátek povinné školní docházky a její organizace však přináší do života dítěte řadu změn. Školní věk je prvním obdobím, kdy se do pohybového režimu jedince zařazuje nezbytné sezení a trávení velkého množství času v této poloze (Pastucha, 2011). V porovnání skupin dětí z mateřských škol, adolescentů a mladých dospělých jsou tou nejaktivnější skupinou děti mateřských školek. S nástupem do základní školy pohybová aktivita dětí významně klesá, a to nejen během týdne, ale i ve dnech volna (Sigmund & Sigmundová, 2011).

Jedním ze základních prostředků prevence nejen obezity a nadváhy ve školním prostředí, je tělesná výchova. Dochází ke změnám v jejím pojetí právě díky jejím možnostem přispět v budoucnu ke zdraví populace. Jejím úkolem je zajistit žákům tělovýchovné vzdělání, osvojení určitých pohybových dovedností, fyzickou kondici, a přitom respektovat zájmy žáků, jejich kreativitu, svobodu rozhodování (Fialová, 2014).

Studenti mají vymezeny 2 vyučování jednotky tělesné výchovy týdně, což znamená hodina a půl čistého času za týden. Možnost navýšení pohybové aktivity dětí a dospívajících nabízí školní prostředí skrze navýšení časové dotace na tělesnou výchovu. Přidání jedné hodiny tělesné výchovy, nebo zavedení jejího adekvátního ekvivalentu do režimu adolescenta představuje vhodnou formu prevence nadváhy a obezity (Sigmundová & Sigmund, 2012).

2.4 Volný čas dospívajícího

Adolescence je vrcholným obdobím volnočasových potřeb. Mladí lidé mají více volného času a možná méně odpovědnosti, než v jiných úsecích svého života (s. 58) (Slepičková, 2001).

Volný čas může být definován skrze svůj obsah jako časový prostor nebo forma činnosti která je ovlivněna svobodnou volbou. Je sociálním nástrojem plnícím funkci životního stylu a sociálních skupin, je symbolem sociálního statusu (Slepičková, 2005).

Je to prostor, v němž může skrze způsob jeho trávení docházet ke zrání hodnot i fyzickému rozvoji. Skrze jeho možnosti výchovného působení a socializačního zrání v něm může jedinec

nabýt mimo jiné vzdělání, relaxace, zotavení, nebo komunikaci s druhými. Struktura volného času adolescentů se ale velmi liší dle jejich sociokulturního prostředí (Sekot, 2019).

Životní styl rodiny má jako významné kritérium způsob trávení volného času, který reflektuje hodnoty, zájmy, zvyklosti, možnosti a cíle jedince i rodiny jako celku. V dospívání nabývá významu možnost svobodné volby ve výběru aktivit a neorganizované aktivity se vyhraňují, selektují a prohlubují. K pasivním aktivitám trávení volného času patří v českých rodinách především sledování televize, posezení nebo návštěvy u přátel, procházky a společenské hry (Csémy, 2005).

Volný čas jako takový i jeho využití je však fenomén v čase proměnlivý a vyvíjející se a současné trendy ukazují jistý posun. Dříve mohl být vyplněn pasivně sledováním televize, dnes je však nabídka technologií a přístup k nim daleko větší. Ve způsobu trávení volného času tak došlo v posledních letech k nárůstu doby, kterou tráví děti na mobilních telefonech, a které do jisté míry nahradily dřívější sledování televize a trávení času u počítače (Cihlár & Fialová, 2019). Digitální technologie se v poslední době staly až přirozenou součástí života a jejich ovládání a znalost se stávají předpokladem pro zvládnutí nejen profesního, ale už i školního života. Studenti je využívají nejen ve školním prostředí, ale i v domácí přípravě, a objevuje se jakýsi předpoklad, že k nim děti mají přístup, což se ukázalo především ve stínu událostí minulých měsíců.

V dospívání dochází k tomu, že většinou spontánně prováděná pohybová aktivita začíná být provozována především organizovaně, v rámci tělesné výchovy nebo sportovních klubů. Přesto je u většiny dospívajících těchto pohybových aktivit nedostatek a dochází ke snížení pravidelné pohybové aktivity prováděné mimo školu. Pohybová výchova v rámci rodiny a mateřských škol od nejranějšího věku je tedy nejlepší prevencí obezity (Pastucha, 2011).

Vztah k pohybovým aktivitám i účast na nich je v tomto období ovlivněna několika faktory. Patří mezi ně rodinní příslušníci a jejich případná podpora, vrstevníci, vzory, nejbližší komunita a v neposlední řadě i samotná dostupnost možností a příležitostí. Sportovní činnost chlapců a dívek se liší v jejím usměrňování, kdy chlapci podléhají menší rodičovské kontrole a v dospívání je u chlapců sport považován za významnější součást dozrávání než u dívek (Sekot, 2019).

Pozitivní přínos pravidelných pohybových aktivit výkonového charakteru prováděných v tomto věkovém rozmezí spočívá ve zdokonalování dovedností, v rozvoji vytrvalosti, vůle a intelektových předpokladů podporujících řešení problémů, které jsou pak přenášeny i mimo sport. Vzhledem k nárůstu významu tělesné atraktivity může být pohybová aktivita zdrojem jejího rozvoje – pro chlapce zdrojem síly, pro dívky podporou vzhledu. Kromě toho může být

zdrojem uspokojení potřeby kladného hodnocení, kdy pro děvčata závisí na pozitivních emočních odpovědích a u chlapců na velikosti podstoupeného rizika. Z toho plyne i zaměřenost chlapců na pohybové činnosti výkonového a soutěživého charakteru, kde je navozována vysoká rizikovitost situací a na nesoutěživá cvičení s estetickým zaměřením u dívek (Slepička & Hošek & Hátlová, 2009).

V tomto období dochází k poklesu pravidelné pohybové mimoškolní aktivity, za krizové období je však považováno období mezi 16.-20. rokem. Pro motivaci dospívajících k provádění pohybových aktivit lze využít pocitu příslušnosti ke skupině a pozitivních sociálních interakcí, je to přijatelná alternativa soupeření s vrstevníky a prostor pro získání respektu a uznání druhých. Dospívající, který se pravidelně věnuje pohybovým aktivitám, posiluje svou sebedůvěru a snadněji se vyrovnává se stresem a obavami, podporuje zvýšení pracovní kapacity, podporuje psychické funkce, reguluje výkyvy nálad (Pastucha, 2014). Pro dívky je nejkritičtější období pro snížení objemu pohybové aktivity období studií střední a vysoké školy, u chlapců až studium vysokoškolské. Intenzita, objem i struktura pohybových aktivit je celkově horší u dívek než u chlapců (Frömel & Novosad & Svozil, 1999). Je však otázkou, jestli by tato data potvrdily i současné výzkumy.

Aktivně trávený volný čas má v dětství, ale i v dospělosti, veliký význam s ohledem na prevenci nadváhy a obezity, a tudíž by cílem mělo být zvýšení pohybových aktivit obou těchto skupin (Hendl & Dobrý, 2011). Cíle sportování mládeže jsou dle Sekota (2019): vývoj odolného a fyzicky zdatného jedince, rozvoj sebedisciplíny, sebevědomí, vůdcovských dovedností, respektu ke druhým, k fair play, řádu i pravidlům. Je to také prostor pro navazování vztahů.

3. NADVÁHA A OBEZITA DOSPÍVAJÍCÍCH

3.1 Definice a kategorie nadváhy a obezity

Hainer a Bendlová (2011) uvádí, že „*obezita je většinou multifaktoriálně podmíněné onemocnění, při němž interakce vlivu prostředí s hereditárními predispozicemi vede k pozitivní energetické bilanci, která má za následek nadměrné hromadění tukové tkáně*“ (s. 59).

Kategorie obezity z etiopatogenetického hlediska jsou dle Hainera a Bendlové (2011) následující:

- Běžná
- Navozená léky
- Endokrinně podmíněná
- Monogenní
- Syndromy provázené obezitou
- Podmíněná jinými patogenetickými faktory (s. 59).

Tělo má přirozenou tendenci ukládat si v tukové tkáni energetickou rezervu. V minulosti se lidé museli denně vypořádat s nedostatkem potravy, s adaptací na snížený energetický příjem, který je dnes nahrazen téměř neomezeným a volným přístupem k potravě. Typ stravy se změnil z vesnického na průmyslový. Jedinec přijímá stravu s vysokou energetickou hodnotou a vysokým glykemickým indexem, a přitom velmi výrazně omezil svou pohybovou aktivitu (Marinov & Zemková, 2012).

Nárůst rizika obezity je spojen s kombinací více faktorů, mezi které patří nesprávná výživa, nedostatek pohybové aktivity (zejm. sedavý způsob života), genetické faktory, psychologické faktory, vliv rodiny a socioekonomické vlivy (Aldhoon Hainerová, 2009).

Standardním ukazatelem obezity u dospělých i dětí je křivka BMI, ale u dětí a dospívajících nejsou stanovena obecně uznávaná kritéria – proto se její definice u těchto věkových skupin odvíjí od percentilových grafů. V České republice platí doporučení, které označuje BMI ≥ 97 . percentil jako obezitu a BMI ≥ 90 .-97. percentil jako nadváhu, a to vzhledem k pohlaví a věku (Aldhoon Hainerová, 2009).

V problematice nadváhy a obezity dětí a dospívajících tedy nepanuje taková shoda, jaká se nabízí u populace dospělých. *Američtí autoři zpravidla užívají jako hranici nadváhy 85.*

percentil a 95. percentil jako hranici obezity (s.87). Vzhledem k rozdílům mezi etnickými skupinami je dobré vycházet z národních standardů, vycházejících z celonárodních antropologických výzkumů. Takové členění nabízí Zemková (2012), která uvádí zařazení do percentilového pásma dle BMI dítěte (tabulka č.1):

Tabulka č. 1 *Hodnocení dítěte podle zařazení jeho BMI (nebo hmotnosti k výšce) do percentilových pásem (s. 101).*

Percentilové pásmo	Hodnocení dítěte podle hmotnosti k výšce nebo BMI
nad 99. perc.	střední, těžká až monstrózní obezita
97.-99.perc.	lehká obezita
90.-97.perc.	nadváha
85.-90. perc.	robustní až nadváha
75.-85.perc.	robustní
25.-75.perc.	proporční
10.-25.perc.	štíhlé
3.-10. perc.	hubené
pod 3.perc.	s nízkou hmotností

3.2 Faktory ovlivňující nadváhu a obezitu dospívajícího

Pro vznik obezity u jedince existují určité predisponující faktory, k nimž patří pozitivní rodinná anamnéza, socioekonomické postavení, vyšší věk matky při porodu, kolísání hmotnosti, psychická alterace (stres, deprese, úzkost) nebo rizikové období pro rozvoj otylosti. Mezi tato období patří prenatální období, dospívání-především u dívek, dospělost, těhotenství a následné období, menopauza, ukončení kouření nebo užívání některých léků (Hainer & Bendlová, 2011).

Rozvoj dětské obezity závisí na několika faktorech. Objevuje se mezi nimi podíl genetického zázemí (40-60%), obezitogenní prostředí, programing, faktory centrální regulace (zlomení a vyhasnutí pocitu sytosti v batolivém věku, návykové pití sladkých tekutin, vynechání snídaně jako energeticky nejbohatšího jídla dne), faktory prostředí (termoneutrální prostředí, zkracování délky spánku, vyřazení půstu, vyřazení chůze jako zdroje pohybu,

bezpečnostní faktor, industriální velkovýroba potravin, potravinářské technologie), faktory vnímání, životní styl rodiny (Marinov, 2012).

Ve více než 95 % případů hovoříme v dětském věku o tzv. primární nebo esenciální obezitě, jejíž příčinou je dlouhodobě pozitivní energetická bilance v důsledku zvýšeného energetického příjmu a nízkého energetického výdaje, dochází k převaze lipogeneze (s. 23) (Pastucha, 2011).

Faktory, které se podílejí na obezitě dítěte, jsou především genetika, redukce pohybové aktivity, výživa, snížení pohybové aktivity a psychosociální faktory, kterými jsou především vliv rodiny a nejbližšího sociálního prostředí. Významné je i stravování a případné rizikové chování matky v těhotenství (kouření, užívání alkoholu apod.) a s tím související porodní hmotnost, dále pak délka kojení a výživa v raném věku (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

Nesprávná výživa a malá pohybová aktivita patří mezi faktory způsobující choroby s vysokou nemocností a úmrtností. Ve skupině těchto faktorů se pak nachází i nadužívání alkoholu, kouření, užívání drog, rizikové sexuální chování nebo psychická zátěž (Čeledová & Čevela, 2010).

Pro výskyt nadváhy a obezity v dospělosti je rozhodujícím faktorem jejich přítomnost v dětství a dospívání. Hendl & Dobrý (2011) uvádí, že téměř 78 % těch dětí, které nadváhou a obezitou trpěly v dětství a dospívání, se s ní potýkají i v dospělosti.

Některé výzkumy uvádějí, že do kategorie nadváhy a obezity spadá v naší společnosti téměř 9 % dívek a 11 % chlapců z věkové kategorie 15-18 let (Kudláček & Frömel, 2012).

3.3 Rizika nadváhy a obezity dospívajících

Rizikové faktory obezity je možné rozdělit na faktory neovlivnitelné a ovlivnitelné. Mezi ty neovlivnitelné patří geny (i když pravděpodobně z malého procenta), pohlaví (odlišnost metabolické aktivity tukové tkáně u mužů a žen), věk (tuková tkáň má tendenci s věkem přibývat), nadváha rodičů, kojení a další. Mezi ty ovlivnitelné jsou řazeny výživa, pohyb, množství spánku, stres, způsob trávení volného času. Rizikem vzniku nadváhy a obezity u dětí je nadváha rodičů, nízký příjem rodiny, nadváha matky před početím nebo její problémy s krevním cukrem, absence kojení, nevhodné stravování (Vítek, 2008).

Nadváha a obezita u dětské populace přináší mnohá zdravotní rizika. Dochází ke komplikacím a onemocněním v mnoha systémech a oblastech: kardiovaskulárním, respiračním, neurologickým, renálním, ortopedickým, gastrointestinálním, endokrinologickým a psychologickým. K nejzávažnějším patří *následky spojené s metabolickými změnami podmiňující rozvoj kardiovaskulárního onemocnění s hypertenzí, akcentovanou aterosklerózou a poruchy metabolismu – porušená glukózová tolerance, hyperurémie a porucha lipidového metabolismu* (s. 36) (Marinov & Pastucha, 2012).

Dětská obezita představuje riziko vzniku metabolického syndromu, diabetes mellitus 2. typu, hypertenze nebo například ortopedických komplikací (Aldhoon Hainerová, 2009).

Výzkumy zaměřené na sledování české populace dospívajících ukázal zajímavé změny ve vývoji somatických ukazatelů, ke kterým došlo v posledních desetiletích. Patří sem například zvýšení konečné výšky u chlapců i dívek, stejně tak jako došlo k nárůstu hmotnosti u obou těchto skupin. Došlo také k potvrzení trendu, *že zejména u mladé populace v předpubertálním období je zřetelná tendence k navyšování vrstvy podkožního tuku* (s. 168). Trendem v motorické výkonnosti českých dětí a mládeže se ukazuje být snižování tělesné úrovně zdatnosti (Rychtecký & Tilinger, 2017).

Nadváha a obezita mohou přinášet dospívajícím potíže také v oblasti psychologické a sociální.

3.4 Psychologické a sociální aspekty nadváhy a obezity dospívajících

Nadváha a obezita může mít během dospívání také řadu dopadů na psychiku jedince a může ovlivňovat jeho sociální vztahy. Přesto je důležité zmínit, že se tyto potíže objevit nemusí, nebo pouze v malé míře. Odchylku od pásma normální váhy směrem vzhůru je dobré sledovat, ale je dobré mít na paměti, že nemůžeme automaticky předpokládat špatnou kvalitu života, sebepojetí a potíže ve všech v této práci zmiňovaných oblastech. Problematiku vztahu nadváhy a obezity s kvalitou života a sebepojetím rozebereme především v kapitolách níže. Zde se podíváme na některé další psychické a sociální fenomény s tímto jevem souvisejícími.

3.4.1 Psychologické aspekty nadváhy a obezity dospívajících

S ohledem na vznik nadváhy a obezity je zajímavé sledovat, jaké jsou motivy k nadměrnému příjmu potravy. Motivů k přejídání se může být celá řada. Už od raného věku se objevuje individuální motivace k přijímání potravy i rozdíly v chuti. Chování rodičů a celkové rodinné klima se odráží i v jídelním chování dítěte. Silný tlak sociálního prostředí na dojíždání jídel i při menší chuti a apetitu může vést k vytvoření návyku na vyšší energetický příjem, než by si tělo samo žádalo. Pokud je bohatší pestrost nabízených jídel, může to u dětí s nadváhou a obézních opět vést ke zvýšenému příjmu potravy. Vliv má i rychlost jedení, rovnoměrnost rozložení přijímané potravy v průběhu dne (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

Nadměrný přísun potravy může fungovat u některých jedinců jako způsob vyrovnání se se zátěží, jako reakce na stres, osamělost či strach. Studie zahrnující 136 dospívajících s nadváhou a 109 obézních ve věku 12-18 let ukázala, jak například vyšší míra mindfulness může jedinci pomoci při zvládání emočně náročných situací, který se pak s nimi vyrovnává s využitím vhodnějších strategií, než jakými je nadměrná konzumace potravy (Gouveia et al., 2019).

U dospívajících s nadváhou nebo obezitou se často objevuje nespokojenost s vlastním tělem. Výzkum zaměřený na zkoumání vztahů mezi obezitou a emoční pohodou prokázal u zkoumaných chlapců i dívek na to, jak nespokojenost s vlastním tělem a hodnocení vlastního ne/zdraví negativně ovlivňují emoční nastavení. Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 437 chlapců a 950 dívek, kteří byli dle zadaných parametrů rozděleni na klinickou (31 dívek a 28 chlapců) a neklinickou skupinu (919 dívek a 409 chlapců). U chlapců a dívek z klinické skupiny se objevila nejen větší nespokojenost s vlastním tělem, ale především u dívek i další psychické potíže (Gall et al., 2016).

Nespokojenost s vlastním tělem způsobuje nárůst výhrad k sobě samému i v dalších sférách osobního života a ovlivňuje dále psychické i fyzické zdraví. Tato nespokojenost je ve vztahu s tělesnou hmotností a poruchami příjmu potravy, kdy může vést ke zvýšenému zaměření pozornosti k tématu tělesné hmotnosti a snaze získat nad ní (často nepřiměřenou či nereálnou) kontrolu. Pokud však jedinec subjektivně cítí, že tuto kontrolu nemá, zpětně dochází k posílení tělesné nespokojenosti, čímž se kruh uzavírá. Negativní sebepojetí a tělesná nespokojenost tak mohou ruku v ruce stát za vznikem a rozvojem některých psychických potíží a poruch. U adolescentů může tělesná nespokojenost signifikantně ovlivňovat chování a prožívání. Na vztah tělesné spokojenosti, sebevědomí a některých ukazatelů psychického a tělesného zdraví byla zaměřena i studie, která byla provedena v České republice. Této studii se zúčastnilo celkem 1238 studentů, jejichž průměrný věk byl 16,4 let. Nespokojenost s vlastním vzhledem uvedlo

celkem 34,3 % chlapců a 57,4 dívek. V závislosti na narůstající hmotnosti u dívek narůstala jejich nespokojenost, která byla také v souvislosti s uváděnou horší kvalitou společenského života (Krch, 2000). Nespokojenost s vlastním tělem korelující s hodnotou BMI prokazují i další výzkumy. Tato nespokojenost spolu s dalšími faktory jako jsou různé diety a hubnutí mohou vést ke vzniku různých nevhodných stravovacích návyků a až vzniku některých poruch příjmu potravy (Jáuregui-Lobera & Bolaños-Ríos, 2018). Studie provedená ve Španělsku na vzorku 3571 dospívajících ve věku 13-18 let prokázala u této skupiny vyšší riziko vzniku některé z poruch příjmu potravy, přičemž se také zaměřila na to, jak toto riziko ovlivňuje fyzická zdatnost jedince. Tato studie prokázala, že dobrá fyzická zdatnost snižuje u dospívajících trpících nadváhou nebo obezitou riziko vzniku některé z poruch příjmu potravy (Veses et al., 2014). Kromě již známých poruch příjmu potravy jako je mentální anorexie nebo mentální bulimie se objevují i nové poruchy, jakými je například ortorexie (orthorexia nervosa), kterou si můžeme představit jako posedlost zdravým životním stylem a s ním i souvisejícím zdravým stravováním. Je to zdravý životní styl, který nad jedincem převzal kontrolu. Její potenciální riziko spočívá v tom, že může u jedince vést k nezdravému hubnutí nebo může být předstupněm některé další poruchy příjmu potravy (McBroom, 2020).

Výsledky výzkumů zaměřených na vliv nadváhy a obezity na kvalitu života a sebepojetí provedených v letech 1994-2010 shrnuje meta-analýza zahrnující výstupy 17 výzkumů ohledně sebepojetí a 25 výzkumů ohledně kvality života. Dětská a adolescentní obezita významně ovlivňuje nejen kvalitu života, ale také sebevědomí, které je výrazně nižší oproti populaci s váhou v pásmu normy, a to především v oblasti vnímání vlastního vzhledu, fyzického fungování a sociálních kompetencí, což vykazuje většina výzkumů, které tyto fenomény dávají do souvislosti (Griffiths, Parsons, & Hill, 2010).

Důležitou součástí boje adolescenta s nadváhou a obezitou je posílení a podpora jeho sebevědomí ohledně schopnosti dostat svou váhu pod kontrolu. Emocionální a sociální podpora je velmi zásadní, protože tato skupina se mnohdy potýká s vyloučením z aktivit, a to nejen těch sportovních a často s vyloučením z vrstevnických skupin (Brettschneider & Naul, 2007).

Neodmyslitelnou součástí života s nadváhou a obezitou jsou také copingové strategie. Výzkumy adolescentů a dětí trpících nadváhou a obezitou jsou zatím velmi málo zastoupeny a v budoucnu by bylo vhodné se jim věnovat. Tato specifická skupina je totiž často vystavena nadměrným či až chronickým stresorům, jakými je stigmatizace, předsudky, předpojetí a strategie používané běžnou populací proto u nich nemusí být vždy účinné (Včelařová & Cakirpaloglu, 2019).

3.4.2 Sociální aspekty nadváhy a obezity u dospívajících

Obezita má i sociální aspekty, k nimž patří i určitá sociální stigmata, která mohou mít výrazný vliv na kvalitu života, a to především u žen. Obezita u nich nepříznivě ovlivňuje například výběr životních partnerů nebo volbu zaměstnání. Problémem obézních dětí pak může být to, že jsou okolím považovány za pomalé, líné nebo méně chápavé. Mohou mít méně kamarádů, stávají se terčem šikany a posměšků a mohou se potýkat i s komplikacemi při zapojování do společenských her a zájmových činností (Středa, 2013).

Obecně patří mezi psychosociální komplikace obezity malé sebevědomí, motivační poruchy, autoakuzace, společenská diskriminace, úzkost, deprese, poruchy příjmu potravy (Kunešová, Müllerová & Hainer, 2011).

Nadváha a obezita v dospívání významně ovlivňují vztahy s vrstevníky, tedy vztahy, které jsou pro tuto věkovou skupinou zásadní. Patří sem větší riziko špatných vztahů s vrstevníky a riziko horšího psychosociálního přizpůsobení. Problém představuje také skutečnost, že se u této skupiny objevuje vyšší pravděpodobnost, že se stanou obětí šikany ze strany vrstevníků, která může být nejen fyzická, ale i verbální nebo i šikana v kyberprostoru (Waasdorp, Mehari, & Bradshaw, 2018).

Výsledky metaanalýzy 30-i článků týkajících se vztahu mezi šikanou a nadváhou či obezitou u adolescentů přinesla alarmující zjištění. Výzkumy potvrzují, že u této skupiny je vyšší riziko a pravděpodobnost toho, že se tito jedinci stanou terčem šikany, a to bez rozdílu pohlaví (van Geel et al., 2014).

Aldhoon Hainerová (c2009) uvádí, že jedinci s nadváhou nebo obezitou se v tomto věku mohou ve vztahu k vrstevníkům potýkat i s dalšími problémy, jako je sociální izolace, problematické navazování vztahů, nízké sebehodnocení a může se projevit i výše zmiňovaný vyšší výskyt depresí a úzkostných stavů.

Tato rizika mohou představovat zdroje problémů i pro dospělý život daného jedince. Výzkumy ukazují, že přítomnost obezity v dětství a dospívání představuje významný rizikový faktor pro to, aby se u tohoto obézního dospívajícího následně objevila deprese v dospělém věku (Sanchez-Villegas et al., 2013).

3.5 Jídelní chování dospívajících

Jsou to tedy rodiče, kteří jako jeden ze zásadních činitelů sociálního prostředí mají vliv na potravní chování, výživové zvyklosti a návyky jedince. Dalšími faktory jsou vlivy sociální, působení lidí mimo rodinu, sdělovací prostředky a kulturní prostředí (Fraňková & DvořákováJanů, 2003).

Stravování a jídlo není jen pouze prostředek k plnění základní biologické potřeby. Jeho prostřednictvím získává dítě řadu senzorických informací a zkušeností, dochází k podpoře jemných motorických pohybů, dochází k jeho asociacím s dalšími situacemi a souvislostmi, skrze něj jsou navazovány sociální kontakty. Jeho podávání podporuje volní vlastnosti osobnosti dítěte, je spojeno s emočním prožíváním, altruismem. Během života se jedinec učí schopnosti vědomě řídit vlastní příjem potravy, učí se pravidelnosti jejího příjmu. Normální kojenec reguluje příjem živin podle potřeb vlastního těla. Roli v pozdějším věku dítěte hrají i jídelní preference (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

S denním režimem rodiny jako celku souvisí i pravidelnost v činnostech a aktivitách. Výzkumy z let 2000-2010 zabývající se postoji české veřejnosti k pohybovým aktivitám, sportu a životosprávě ukazují posun k nepravidelnosti režimu dospělých. Na jedné straně došlo k nárůstu stresu, kouření i užívání alkoholu i mužů i žen, na straně druhé však u dospělé populace dochází k nárůstu pohybových aktivit, přičemž u mužů je preferována především chůze, cyklistika a fotbal a u žen aerobik, chůze, cyklistika a plavání (Jansa, 2014).

Jídelní doporučení týkající se rodiny zahrnují společné stravování na jednom místě, nevynechávání žádného z hlavních jídel, využívání menších talířů, nesledování televize během stravování, vynechání konzumace sladkých potravin a nápojů stejně jako potravin tučných, absenci televize v dětském pokoji a redukce času stráveného u ní a u počítače (Aldhoon Hainerová, 2009).

V souvislosti se stravováním dětí a dospívajících existují mnohá doporučení, jak by se měli rodiče a vychovatelé chovat a čemu se naopak vyvarovat. Příkladem může být například seznam následujících doporučení ohledně toho, čemu by se rodiče měli vyvarovat (Fraňková, Pařízková, & Odehnal, 2000):

1. Neznalost rodičů o výživě, složení potravy, zdrojích výživy a energie.
2. Nevhodná skladba rodinného jídelníčku.
3. Nešetrnost v zacházení s potravinami, s hotovým jídlem.
4. Nepravidelnost v jídle celé rodiny nebo jen dětí.

5. Nesprávné stravovací návyky rodiny.
6. Nevhodné postoje rodičů k jídlu.
7. Nedobré chování rodičů při jídle.
8. Nedostatek kultury stolování.
9. Nevyvážené, extrémní diety.
10. Nerespektování věkových a vývojových zákonitostí a individuality dítěte (s. 114).

V jídelním chování jedinců s nadváhou a obezitou se na rozdíl od těch pohybujících se v pásmu normy, objevují odlišné jídelní vzorce. Patří sem nepravidelnost stravování, vyšší rychlost konzumace potravin, problémy s kontrolou stavu sytosti nebo hladu (Wagenknecht, 2011).

3.6 Prevence nadváhy a obezity

V prevenci dětské nadváhy a obezity je nejlepším nástrojem vhodná pohybová výchova od nejútlejšího věku, prováděná v rámci rodiny a mateřské školy. Dále pak je to provádění pohybových aktivit aerobního charakteru, silových svalových cvičení a cvičení podporující zdravý vývoj kostí (Pastucha, 2011).

Prevence by měla být dlouhodobým a soustavným procesem. Výskyt nadváhy a obezity u dětí mladšího věku 6-11 let lze významně ovlivnit pohybovou aktivitou prováděnou ve školním prostředí. K těmto aktivitám patří pohybová aktivita během krátkých i dlouhých přestávek, ve školní družině, a především na hodinách tělesné výchovy. Úspěšnost je podmíněna vzájemná kooperací školy a rodičů, vytvořením vhodného prostředí a zajištěním pomůcek (Sigmund & Sigmundová, 2012).

U většiny dětí je faktorem určujícím jejich případnou nadváhu či obezitu aktivní životní styl. Klíčem k úspěchu v boji s těmito fenomény jsou dobře stanovené podmínky a adekvátní informovanost rodičů i dětí. V realizaci tohoto dlouhodobého procesu je třeba začít již v raném dětství (Bunc, 2009).

Vztahy mezi pohybovou aktivitou rodičů a dětí jsou nezávisle na věku i pohlaví pozitivní. Projevuje se to především v oblasti každodenní chůze a celkové týdenní pohybové aktivity. Stejně jsou děti ovlivňovány i v oblasti pasivního trávení času sezením, kde je mezi sezením dětí a rodičů pozitivní vztah (Sigmund & Sigmundová, 2011).

Prevence dětské obezity je velmi důležitá především proto, že při jejím rozvoji dochází následně k jejímu přetrvání i v dospělém věku, následně aktivuje další nemoci, komplikuje a zkracuje život. Jde o komplexní proces zahrnující rodinu i edukaci. Vrozený základ přijímaného množství potravy lze snadno narušit nevhodnou nabídkou stravy ze strany rodičů (Středa, 2013).

Nezbytnou strategií v boji s obezitou dětí a dospívajících je nutriční výchova, která obsahuje znalosti a vědomosti o skladbě a energetické hodnotě jednotlivých složek potravy. Mezi doporučení patří pravidelnost stravování s neodmyslitelnou snídaní, racionální rozdělení denního cyklu, dodržování estetické stránky stravy, zpomalení rychlosti příjmu stravy pomalejší jedení, příjem stravy na stabilně vyhrazeném místě, stravu celého dne rozdělit do více menších dávek, stravu doplnit vhodným pitným režimem a spoluúčast dítěte na obstarávání potravin- společné nakupování (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2015).

Doporučení k provádění pohybové aktivity pro věkovou kategorii 11-18 let jsou dle Sigmunda a Sigmundové (2011): alespoň 60 minut denně provádět pohybovou aktivitu střední intenzity a různé kombinace aktivit různé intenzity a délky v průběhu týdnů. Denní počet kroků by se měl pohybovat nad hranicí 13000 kroků u chlapců a 11000 kroků u děvčat. Kromě toho je zmiňován pohybově aktivní přesun adolescentů mezi domovem, školou a místy, které navštěvují. Doporučení týkající se organizované pohybové aktivity zmiňují doplnění specializované sportovní přípravy o pokračující všestranný pohybový rozvoj, účast alespoň 3x týdně na organizovaných pohybových aktivitách. Sledování počítače a televize by nemělo přesáhnout dobu 2 hodiny denně.

V dnešní době jsme svědky paradoxu v přístupu k pohybovým aktivitám a tělesné kultuře jako takové. Na jedné straně klesá zájem o tělesnou výchovu, úroveň kondice dětí a mládeže, naopak narůstá počet dětí potýkajících se s nadváhou či obezitou. Na druhé straně se sále objevují nová sportovní centra i nová sportovní odvětví (Sekot, 2019).

3.7 Léčba nadváhy a obezity u dospívajících

Mezi hlavní strategie, jak léčit nadváhu a obezitu dětí, je upravit pohybový režim a energetické hodnoty stravy, tedy změnit jídelníček, pracovat na motivaci dítěte ke snížení váhy spolu se zaměřením na psychický stav daného jedince (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

Samotná léčba obezity je závislá na její závažnosti a na věku dítěte. Prvotním vhodným cílem stanoveným v terapii je alespoň udržení aktuální hmotnosti. Zásadní v léčbě je změna životního stylu, zahrnující změny v jídelním režimu i pohybové aktivitě, případně farmakoterapie či bariatrická chirurgie. U dětí starších sedmi let by mělo docházet k váhovému úbytku v rozmezí 0,5 kg za 1-4 týdny. Terapie obezity vyžaduje multidisciplinární přístup se zapojením lékaře, dietní sestry, psychologa a specialisty na pohybovou aktivitu a terapie by měla cílit na celou rodinu (Aldhoon Hainerová, 2009).

Postupy terapie obezity vycházejí například z behavioristických a nebehavioristických teorií nebo z kognitivně-behaviorální terapie (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na tři okruhy faktorů. Mezi behaviorální faktory patří nevhodné stravovací návyky (konzumace nepřiměřeného množství či nevhodného jídla, nesprávná skladba potravin, nevhodný jídelní a pitný režim) a nevhodné pohybové návyky (chybějící nebo nevhodná pohybová aktivita a nárůst sedavé činnosti). Ke kognitivním faktorům patří kognitivní mechanismy, jako vytyčení nereálných cílů, nevhodné způsoby redukce nadváhy, negativní myšlenky, zkreslené vnímání těla. A dále pak k interpersonálním faktorům patří toxické prostředí, kdy je nadměrný příjem potravy podporován reklamou, velikostí porcí v restauracích, fast foody a podobně (Málková, 2011).

Před začátkem pohybové terapie u obézních dětí je nutné provést řadu vyšetření. Nejprve je nutné provést anamnézu rodinnou, osobní, sportovní, farmakologickou a sociální. Následně je nutné provést antropometrická měření, vyšetřit dysmorfické rysy, zjistit průběh pubertálního vývoje, vyšetřit krevní tlak a provést některé laboratorní vyšetření. Kromě stupně obezity se také musí zohlednit další faktory, kterými jsou aktuální zdravotní stav, funkční stav pohybového aparátu, přítomnost kardiovaskulárních nebo respiračních komplikací, dosavadní množství pohybové aktivity a vztah k ní, motivovanost dítěte a jeho rodiny, socioekonomické zázemí rodiny, stupeň psychomotorického vývoje (Pastucha, 2011).

Anamnéza by měla obsahovat informace o výskytu obezity v rodině, porodní hmotnosti a její následný vývoj v průběhu života, případné hmotnostní výkyvy a první období ve kterém došlo ke změně hmotnosti. Dále je nutné ji doplnit o jídelní zvyklosti a preference ve volbě potravin. Nutné je doplnění o průběh fyzické aktivity během života, užívání návykových látek, zjišťování přítomnosti poruch spánku a také motivaci k léčbě. Dále je pacient podroben laboratorním vyšetřením, funkčním testům, vyšetření složení těla, měření výdeje energie. K měření složení těla se využívá bioelektrická impedance (Kunešová, 2011).

Pastucha (2011) uvádí desatero pro pohybovou aktivitu obézních dětí:

1. Pohyb musí být adekvátní.
2. Pohyb zohledňující celkový stav jedince.
3. Respektování prahu fyziologické únavy a jeho nepřekračování.
4. Pohyb jako pozitivní stimul, který nevyvolává odpor.
5. Získat si dítě pro pohyb, ne jej nutit.
6. Nadváha představuje sama o sobě závaží.
7. Respektování základních pohybových dovedností.
8. Praktikování tahové cviky namísto švihových.
9. Pestrost pohybových aktivit a jejich střídání.
10. Přijetí a respektování principů adekvátní zátěže i rodiči a učiteli dítěte.

Pro skupinu dětí s nadváhou a obezitou jsou z dlouhodobého hlediska vhodné sporty jako plavání, cyklistika, chůze, vodní sporty, bruslení nebo tanec. Velmi důležitá je zvolená forma, která musí být dostatečně atraktivní, aby jedince zaujala a udržela jej u pohybové aktivity dostatečně dlouho a opakovaně (Vignerová & Bláha, 2001).

Na začátku léčby obezity je potřeba naučit jedince základní orientaci v kalkulaci energetického příjmu potravin a v dlouhodobém horizontu redukcí příjmu potravy s vysokou energetickou densitou, jakými jsou tuky a koncentrované sacharidy. Je důležité seznámit ho i s nutriční hodnotou potravin. Doporučená dieta by měla brát v potaz individualitu každého pacienta, jeho jídelní zvyklosti a jeho případná další onemocnění (Kunešová, 2011).

Pohybová aktivita mění energetickou bilanci organismu zvýšením energetického výdeje, má vliv na klidový energetický výdej a mění relativní zastoupení tuků při hrazení energetické spotřeby v klidu i tělesné zátěži. Při zvýšení pohybové aktivity jedince dochází ke zvýšení celkového energetického výdeje v závislosti na charakteru této aktivity, jejíž objem je určen dobou trvání a intenzitou. Kromě toho ovlivňuje tvorbu a odbourávání tukové tkáně. (Štich, 2011).

Pravidelné pohybové aktivity jsou v tomto věku důležité z hlediska tělesného vývoje, prevence nezdravého nebo asociálního chování, a také podpory přátelství. Největším přínosem je podpora zdraví (Hrabinec, 2017). Klíčová je volba vhodných pohybových aktivit. Pastucha (2011) k nim řadí chůzi, nordic walking, plavání, aquagymnastiku, cyklistiku, bruslení, lyžování, tanec nebo zumbu.

Další prostředek v léčbě představuje lázeňská léčba obezity, určená dětem od 3 do 18, která dodržuje některé hlavní zásady, jako zvýšení energie pohybem, snížení energetického příjmu dietou, behaviorální intervence nebo balneoterapii (Machová & Kubátová, 2015).

S ohledem na danou problematiku je dobré neopomenout i skutečnost, jakou je heterogenita populace, která nás nutí oprostit se od černobílého světa tabulek a kategorií. Vždy je nutné pohlížet na daného jedince v jeho komplexnosti a pokud možno z co nejširší perspektivy. Hodnota BMI a daná percentilová kategorie má svou vypovídající hodnotu, ale rozhodně nejsou dostačujícími kritérii pro hodnocení jedince. Dospívající může skrze naměřené hodnoty spadat do některé z kategorií mimo normu, ale to samo o sobě nemusí značit riziko či problém. Takový jedinec může svou hmotnost využívat například ve sportovních odvětvích, jakými je v atletice hod diskem či kladivem, vzpírání, nebo celá řada dalších odvětvích, ve kterých je potřeba vyvinutí veliké síly a větší hmotnost je tedy žádoucí. Cestou, jak zvýšit kvalitu života jedince i jeho tělesné sebepojetí může být tedy i nasměrování do oblastí, kde je možné z negativně vnímaného fenoménu vytěžit něco pozitivního a skrze nějž může dojít k nastartování změn.

4. KVALITA ŽIVOTA

Cílem této kapitoly je vymezit specifika kvality života dospívajících, především těch trpících nadváhou a obezitou. Kvalita života dospělé populace i vývoj zájmu o tuto oblast široce zpracovávají mnohé publikace.

4.1 Definice kvality života

Pojem kvalita života a jeho zkoumání je v psychologii poměrně mladý fenomén, který se dostal do zájmu psychologie a medicíny přibližně před 30 lety (Hrachovinová & Kebza, 2011).

Definování toho, co je kvalita života, je poměrně komplikované, a to především proto, že obsahuje bohatou škálu velmi různorodých oblastí zkušeností člověka. Tento pojem zahrnul v průběhu času řadu aspektů-kulturní, sociální, politické, ekonomické, psychologické, filosofické, medicínské, interpersonální a historické (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života se postupně stal součástí mnoha oblastí lidské činnosti, zajímají se o něj nejrůznější vědecké obory. Kromě medicínských oborů a psychologie to je například i sociologie, politologie, filosofie, architektura, teologie či ekologie. Problémy v jeho jednotném definování způsobuje oborová různost nazírání, nemožnost kompletně zachytit celou skutečnost v její plné šíři a odlišné pohledy na členění kvality života na jednotlivé podoblasti (Mareš, 2006 b).

Vnímání kvality života není stejné u všech lidí a rozdíly v tom, co každý jedinec považuje za dobrý život, jsou veliké. Pohled zvenku a pohled zevnitř může být diametrálně odlišný (Slepičková, 2005).

Kvalita života na nejobecnější úrovni je považována za výsledek interakce několika různých faktorů. *Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností (s.207).* Zahrnuje dimenzi objektivní (splněné podmínky materiálního a sociálního života, sociálního statusu a fyzického zdraví) a subjektivní (všeobecná spokojenost se životem a emocionalita) (Hnilicová, 2005).

Kvalitě života je možné rozumět jako pocitu celkového fyzického i duševního zdraví a dobré tělesné kondice, jako celkové spokojenosti se životem ve smyslu jeho kognitivního hodnocení, přítomnosti kladných a převážné absenci záporných emocí, absenci intenzivních a častých bolestí (Hnilica, 2005).

Pojem kvalita života zahrnuje tři stěžejní komponenty, kterými jsou psychická pohoda, fyzické prožívání, vztahy k druhým a sociální postavení. Psychická pohoda a prožívání je ovlivněna přítomností pozitivních a nepřítomností negativních emocí, prožívanou vitalitou nebo pocitem svěžesti. Fyzické prožívání závisí na ne/přítomnosti zdravotních potíží, jejich případné léčbě, délce trvání, nebo doprovodných bolestech. K sociálním aspektům kvality života patří aspekty mikrosociální a aspekty obecnějšího rázu, kam je promítána sociální přítomnost i minulost jedince nebo jeho vztahy k ostatním lidem či skupinám. Řadí se sem dále proměnné jako rodinný stav, partnerství, rodičovství, ekonomická situace, vzdělání, profese a etnická příslušnost. Spokojenost s kvalitou života výrazně určuje vliv blízké osoby, která slouží jako zdroj sociální opory, kvalita spánku, ekonomické zabezpečení, absence zdravotních potíží, bolesti a léčby (Křížová, 2005).

4.2 Kvalita života související se zdravím

Kvalita života související se zdravím, anglicky health-related quality of life (HRQOL), je ve středu zájmu především ošetřovatelství a medicíny, kdy se stává ukazatelem úspěšného výsledku poskytnuté pomoci. Stejně jako samotný pojem kvalita života, i tento má řadu definic. V Evropě její definice souvisí se subjektivním vnímáním pacienta ohledně toho, jakým způsobem nemoc a její následná léčba ovlivňují život v jeho každodennosti, v jeho somatické, sociální a psychologické stránce i v pocitu prožívané osobní pohody (Mareš, 2006 b).

Překlad anglické zkratky HRQOL byl různými autory modifikován a bylo navrženo více variant. Mareš (2006 b) ve svých pracích používá český ekvivalent *kvalita života související se zdravím*, kvůli jeho neutralitě a tomu, že se na něm shoduje více autorů.

Kategorie kvality života související se zdravím jsou dle Hrachovinové a Kebzy (2011) následující:

1. tělesný stav a zdraví
2. psychický stav a pohoda, oblast prožívání a well-being
3. sociální vztahy
4. zaměstnání, prostředí, každodenní aktivity, ekonomická situace

Kvalita života související se zdravím se ukazuje být důležitým ukazatelem dopadu obezity a nadváhy na život jedince. Výzkumy naznačují, že je tato kvalita u obézních dospívajících nižší oproti populaci spadající do skupiny s váhou v rozmezí normy (de Beer et al., 2007).

4.3 Kvalita života dětí a dospívajících

Kvalita života těchto věkových skupin nabízí ještě mnoho prostoru pro výzkumy a vědecké bádání. Tato problematika je rozpracována v českém a slovenském medicínském odvětví především vzhledem k onemocněním či zdravotním omezením a nezaměřuje se tolik na zdravou část dětské populace, přitom je právě v populaci dospívajících relativně nejvíce zdravých jedinců (Mareš, 2006 b).

Pojem kvalita života je vhodné rozčlenit na jeho jednotlivé aspekty, ale díky odlišnosti vědních oborů i diagnostických pomůcek nepanuje jednota v jejich podskupinách. Analýza 35 dotazníků zaměřených na kvalitu života dětí a dospívajících nabídla celkem 254 oblastí charakterizujících kvalitu života jedince, které bylo možné seskupit do oblasti somatické, psychické, sociální a důraz byl kladen i na časový a materiální kontext kvality života (Mareš, 2006 b).

Mezi významné determinanty životní spokojenosti dětí patří pohlaví, věk, formální struktura rodiny, vztah ke škole a k učitelům, míra společně tráveného času v rodině, subjektivně vnímaný zdravotní stav a konzumace tabáku a alkoholu (Csémy, 2013).

Nové výzkumy dávají do souvislosti také kvalitu života dětí a školu. Psychosociální pohodu související se školním prostředím ovlivňují podmínky ve škole, sociální vztahy ve škole, prostředky pro seberealizaci a naplnění a zdravotní stav studenta (Mareš, 2007).

Ovlivnění kvality života mládeže je možné například prostřednictvím tělesné kultury. Její potenciál tkví v bohatosti nabídek a možností, neboť se skrze ni otevírá široké spektrum výběru aktivit, zájmů i setkání. Kvalita života tak souvisí mimo jiné se systémem výchovy, vzdělávání a tělesné kultury, s podmínkami pro volný čas nebo se společenskými, kulturními či mládežnickými organizacemi (Frömel, Novosad & Svozil, 1999).

4.4 Kvalita života související se zdravím u dětí a dospívajících

Kvalita života dětí a dospívajících související se zdravím pracuje s určitými vývojovými zvláštnostmi. Jsou jimi rychlý vývoj všech stránek oblastí života, např. somatické, kognitivní, emoční, sociální oblasti apod. Během těchto vývojových stadií dochází ke změnám v hodnocení a vnímání kvality života. Je důležité zdůraznit, že právě hodnocení kvality života je u dětí a dospívajících prováděno pod jiným úhlem pohledu než u dospělých jedinců. Stejně tak odlišně vnímají a hodnotí svůj zdravotní stav, nezávisle na pečujících a v případě nemoci ošetřujících osobách. Z toho důvodu nejde plně aplikovat data získaná z výzkumů na dospělé populaci na tuto věkovou kategorii (Mareš, 2006 b).

V této oblasti pohledu na kvalitu života je nutné nepřehlédnout také osobnostní zvláštnosti dětí a dospívajících. Ty souvisí s pokračujícím vývojem osobnosti, která se teprve musí ustálit a s tím, že o něm většinou rozhodují druzí lidé, dospělí. Také má chudší repertoár strategií k vyrovnání se se stresory, odlišuje se v hodnocení vlastních možností vyrovnání s nepříznivými životními událostmi a také je interpretuje jinak, než dospělý jedinec (Mareš, 2006 b).

Přístup dospívajících ke zdravotním komplikacím a obtížím je obecně takový, že si je nepřipouštějí a spíše v nich vyvolávají stud a považují je za pouhou součást ostatních psychosociálních problémů. V dospívání mnohdy jedinec preferuje rizikový životní styl na úkor toho zdravého (Hamanová, 2015).

Výzkumy na populaci českých dětí ve věku 11 až 15 let ukazují, že většina z nich považuje své zdraví za dobré či vynikající. Větší pocit štěstí a spokojenosti vykazují děti, které vyrůstají v příznivých rodinných podmínkách, byla prokázána souvislost mezi zdravím a životní spokojeností dětí (Csémy, 2005).

4.5 Kvalita života dětí a dospívajících s nadváhou a obezitou

Významným tématem problematiky nadváhy a obezity je skutečnost, nakolik ovlivňuje právě kvalitu života. Metaanalýza článků, které zkoumaly vliv nadváhy a obezity na kvalitu života ukázaly, že nižší kvalita života obézních a jedinců s nadváhou je vykazována ve většině výzkumů (31 ze 34), na které byla zaměřena pozornost. Ovlivněny jsou všechny oblasti spadající pod pojem kvalita života, nejvíc ale zasahuje oblast psychickou a sociální. Spolu s narůstajícím stupněm obezity klesá kvalita života (Buttitta, Iliescu, Rousseau, & Guerrien, 2014).

Problematiku obezity a nadváhy ve vztahu ke kvalitě života související se zdravím přibližuje například rozsáhlý výzkum, který byl provedený v deseti zemích (Česká republika, Rakousko, Španělsko, Německo a další), a kterého se zúčastnilo celkem 17,159 dětí a dospívajících ve věku 8-18 let. Z jeho výsledků vyplývá, že děti a dospívající s nadváhou nebo obezitou dosahují průměrně nižšího skóre než normální populace. Nejvýrazněji se to ukazuje u parametrů well-being a sebepojetí (Ottova, Erhart, Rajmil, Dettenborn-betz, & RavensSieberer, 2012).

Jako jeden z podstatných účinných faktorů v léčbě obezity se ukázala tzv. kvalita života, tj. subjektivně vnímaná významnost života a míra psychické a sociální pohody, spokojenosti se životem takovým, jakým je. Cílem psychologického poradenství a psychoterapie je pomoci oběznímu vyrovnat se s okolnostmi, které blokují nebo omezují plnou kvalitu života, a překonat je. Ve svém výsledku by psychologická intervence měla podpořit vlastní aktivitu pacienta, jeho motivaci a schopnost sám o sobě dobře rozhodovat – tedy vědomě převzít zodpovědnost za svůj životní styl a zdraví (s. 273) (Wagenknecht, 2011).

Kvalitu života skrze vrstevnické vztahy ovlivňuje obezita negativně především skrze negativní sebepojetí a vyšší riziko viktimizace. Negativní sebepojetí výrazně zvyšuje riziko viktimizace, a to má následně negativní dopad na kvalitu života dospívajícího s obezitou nebo nadváhou (Bacchini et al., 2017).

Obezita u dětí s sebou přináší také prožívání pocitů méněcennosti, u dívek se objevuje pocit menší atraktivity pro opačné pohlaví. Obecně má na vznik a rozvoj obezity vliv řada faktorů, mezi které patří osobnostní profil, rodina, vývojové období, sociální role nebo životní styl. Vyšší pravděpodobnost vzniku obezity je u jedinců, kteří trpí afektivní poruchou, úzkostností nebo impulzivitou. Důsledkem může být malá spokojenost se životem a kvalita života vnímaná jako nižší (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003).

Kromě toho nadváha a obezita u jedinců může vést k sociální stigmatizaci, jejíž riziko je právě v dospívání veliké. Souvisí s ní mimo jiné připisování celé řady negativních vlastností těmto jedincům, a to jen na základě jejich tělesné hmotnosti, a i díky tomu se mohou stávat tito dospívající terčem různých forem vrstevnické agrese (Gray, Kahhan, & Janicke, 2009).

4.6 Měření kvality života dospívajících

Kvalita života dětí a adolescentů se měří nejčastěji metodami, které byly vytvořeny jako modifikace již existujících metod pro dospělé jedince, anebo byly tyto metody vyvinuty přímo pro populaci dětí a dospívajících (Gurková, 2011).

Nejčastěji se k měření kvality života využívají dotazníky. Ty se dělí na dotazníky obecné (obecná kvalita života související se zdravím, např. SF 36, WHOQOL-100, SQUALA ad.) a dotazníky zaměřující se na kvalitu života pacientů s nějakými konkrétními duševními či somatickými onemocněními. Pro děti je používán například PedsQL (nejnověji 4. verze) nebo KINDL (Hrachovinová & Kebza, 2011).

Individuální zjišťování kvality života je možné pomocí například Catrilovy žebříčkové škály, Flanaganovy škály kvality života, SQLM-nástroj pro zjišťování systematické kvality života (Mareš, 2006 b).

Dotazníky zaměřené na zjišťování kvality života dětí a adolescentů však naráží na jeden zásadní problém, kterým je fakt, že položky těchto metod, formulování otázek i odpovědí, bylo vytvořeno dospělými jedinci, a tudíž zjišťuje aspekty života dětí a dospívajících z pohledu dospělého a jeho pohledu na věc. Děti a dospívající se však mohou významně lišit v nazírání na věc, a tudíž pozornost zkoumání nemusí být vždy zaměřena na to, co doopravdy kvalita života pro tyto jedince znamená (Mareš & Neusar, 2010).

5. SEBEPOJETÍ

Cílem této kapitoly není podat výčet všech teorií týkajících se sebepojetí, ani popsání historického vývoje tohoto fenoménu, protože těmto oblastem je v literatuře věnována velká pozornost. Snahou je zaměřit pozornost na konkrétní specifika věkové skupiny dospívajících, vymezit důležité prvky a klíčové momenty tohoto období ovlivňující vztah dospívajícího k sobě samému, především v populaci dospívajících s nadváhou nebo obezitou.

5.1 Definice sebepojetí

Sebepojetí, jinými slovy identita, představuje postupně se vyvíjející a složitý psychologický konstrukt, který je tvořen souborem přesvědčení, vztahujících se k vlastnímu „já“. K psychické identitě patří také osobní světonázor, sexuální orientace nebo profesní směřování. *Sebepojetí se formuje na základě informací, které člověk o sobě získává introspekci a sebereflexi, konfrontací s názory druhých osob na vlastní osobu, kulturními vlivy, normami, hodnotami a vlastními zkušenostmi z interakce s druhými lidmi. Pokud je člověk kladně přijímán okolím, zvyšuje se jeho sebejistota a pozitivní vztah k sobě* (s. 286) (Thorová, 2015).

Základní význam sebepojetí spočívá v tom, že tvoří obraz jedinceva já, obsahuje hodnocení toho, jakým by měl být a směřování k tomu, čím by chtěl být. Jeho funkcí je tedy to, že slouží jako nástroj orientace nejen v osobním životě, ale i mezilidských vztazích a zároveň stabilizuje činnost jedince, neboť jde o vnitřní konstrukt, který má tendenci k jednotě a odmítání změn (Fialová & Krch, 2012).

Sebepojetí, tedy jak se jedinec hodnotí a vnímá, ovlivňuje významně jeho chování a prožívání a je součástí struktury osobnosti (Slepička & Hošek & Hátlová, 2009).

Psychologie se zabývá sebepojetím ze 3 hledisek, kterými jsou proces jeho formování, jeho funkcí v regulaci chování a sebepojetím jako produktem sebeuvědomování jedince (Blatný, 2010).

Klíčovou součástí identity, tedy prožíváním toho, kým jedinec je, je identita tělesná. Tělo je jednou z nejdůležitějších částí celkového sebepojetí, jeho vnímání je ovlivněno vlastním prožíváním a zkušenostmi, ale i kulturním prostředím a požadavky na funkčnost a vzhled těla. Obraz vlastního těla má dimenzi kognitivní, emocionální a činnostně regulativní (životní styl jedince, stravovací návyky). Mezi základní složky tělesného sebepojetí patří zdraví, vzhled a

zdatnost. V hodnocení sebepojetí jsou veliké rozdíly mezi muži a ženami, ale také mezi skupinami lišícími se v aktivitě způsobu života, rozdíly se objevují také dle věkových skupin a vliv má i dosažené vzdělání (Fialová & Krch, 2012).

Tělo, skrze něž si člověk uvědomuje svou existenci, je zjevným znakem fyzického zdraví a sociálního postavení. Stává se viditelným a měřitelným nástrojem porovnávání mezi jedinci. Především v dospívání narůstá sociální hodnota vlastního těla, která se zprvu zaměřuje na konkrétní tělesné proporce a následně se týká tělesné hmotnosti celkově (Csémy, 2005).

Nároky na vzhled jedince jsou dnes poměrně vysoké a jejich tlak je silný v mnoha sférách a oblastech života jedince už od nízkého věku. Požadavkem moderní západní společnosti na muže i ženy je štíhlost-ideální žena má být štíhlá a dobře formovaná a ideální muž je štíhlý a svalnatý. Stejný ideál se objevuje už i u dospívajících dívek i chlapců. Z pohledu sociální psychologie jde o poměrně nový fenomén (Grogan, 2000).

Významný vliv na vnímání vlastního těla mají média. Pod silnějším tlakem ohledně dosažení určité postavy jsou ženy. Nespokojenost s vlastním tělem a s tím spojené vyšší obavy o vlastní postavu, se objevují u skupin lidí trpících bulimií, anorexií, lidí přehnaně cvičících a u chronických dietářů. Ideál tak začíná představovat vzor, který prezentují média a vytvořená diskrepance mezi ideální představou sebe sama a subjektivně prožívanou tělesností může negativně ovlivňovat sebevědomí jedince, může zvyšovat pravděpodobnost výskytu rizikového chování, výskytu poruch příjmu potravy nebo výskytu sebepoškozování. (Grogan, 2000).

Spokojenost s vlastním tělem může být vyšší, pokud je jedinec pohybově aktivní. Sportující jedinci vykazují větší spokojenost s vlastním vzhledem, zdravotním stavem i výkonností, tedy s mnohými aspekty svého těla. Pozitivnější hodnocení fyzického já a přijetí sebe sama přispívá k pozitivnějšímu hodnocení celkového já. Fyzická aktivita tak přispívá k lepšímu sebepojetí (Fialová & Krch, 2012). Představy a přesvědčení o sobě samém lze tedy skrze pohyb zlepšit. Cvičení a pohybová aktivita může vést ke zlepšení obrazu sebe sama a následně může dojít i ke zvýšení sebevědomí sportujícího jedince a jeho celkové pohody, a to jak u mužů, tak u žen (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000).

Trendem současné doby je ale snížení tělesné zdatnosti, omezování pohybové aktivity, snížení úrovně aerobní kapacity, vytrvalosti, svalové síly i obratnosti (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

5.2 Sebepojetí dospívajících

Dospívání jako období plné změn, nových poznatků a velkých obrátů, staví před jedince mnoho úkolů a výzev. Vyrovnání se s těmito nástrahami je velmi individuální a je ovlivněno celou řadou proměnných, které nejsou vždy dospívajícími ovlivnitelné. Základy sebepojetí tak dostávají nový obraz, jsou modifikovány a formovány. To, jakou podobu bude obraz sebe sama na konci této životní etapy ovlivnit i etapy následující.

5.2.1 Vývoj a formování sebepojetí dospívajícího

Sebepojetí se vytváří od raného dětství v rámci interakce s ostatními lidmi, zejména s matkou... Pozitivní přístup rodičů posiluje pravděpodobnost vytvoření uspokojivého sebepojetí a naopak (s. 334). Postupem času dochází k nárůstu informací o sobě samém a zkušeností se sebou, čímž si jedinec uvědomí své možnosti a dotváří si obraz o tom, kým je (Vágnerová, 2010).

Hledání identity v tomto období je charakterizováno pasivním i aktivním poznáváním sama sebe skrze zkoumání vlastního zevnějšku, svých psychických vlastností, zvýšenou experimentací. *Adolescent se usilovně snaží být sám sebou, blížit se svému ideálu a všechny své projevy zvoleným směrem formovat (s. 162) (Langmeier & Krejčířová, 2006).*

Pro tuto věkovou kategorii je specifická nerovnováha systému sebepojetí, jako výsledek řady změn v oblasti sociální, psychické i fyzické. Dospívající si vytváří novou reprezentaci svého těla, vlastní tělové schéma, které reprezentuje změněné tělesné proporce a rozměry a zároveň odráží i nové tělesné funkce. Kromě toho se mění řada sociálních prezentací nebo prezentací týkajících se psychických funkcí, v tomto případě dovedností a schopností (Tyrlík, 2012).

V období dospívání o sobě začíná jedinec uvažovat i hypoteticky a nejde už pouze o konkrétní charakteristiky-v jeho mysli se objevují i obrazy toho, kdo by chtěl a mohl být. Narůstá četnost sebehodnotících charakteristik a dospívající je také schopen přemýšlet o sobě v kritické rovině. Sebepojetí se tak vyvíjí v integrovanější a diferencovanější přesvědčení o sobě, které tolik nepodléhá vlivu aktuálních podnětů. *Jejich názor na sebe už zahrnuje i dimenzi budoucího sebepojetí spojeného s tendencí směřovat k žádoucím cílům. Tento fakt se projeví nárůstem diskrepance mezi reálným sebepojetím a různými ideály (s. 336) (Vágnerová, 2010).*

Dospívající vynakládá snahu o hlubší sebepoznání a skrze postupné změny (tělesné, v prožívání, v uvažování...) a objevující se nejistoty, se kterými se musí vypořádat. Důležitým mezníkem je sebeakceptace-pubescent se musí přijmout ve své dočasné nehotovosti, která skrze nespokojenost se sebou samým může vést k problémům s tím, přijmout se takový, jakým právě jsem (Vágnerová, 2010).

Dalším z kroků je odpovědět si na řadu vynořujících se otázek, které se týkají toho, kdo jsem, kam vlastně patřím, jaké bude mé další směřování apod. Dospívající tak skrze zkoumání svých možností ale i hranic přijímá svou jedinečnost, spolu s případnými nedostatky či omezeními-především pro pubescenty s nějakým zdravotním postižením či handicapem to je úkol obtížný, neboť jde o to integrovat tyto části do celkového sebepojetí jedince (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Nejsou to jen vztahy s ostatními, které dospívajícího zajímají. Významným prvkem sebepojetí je totiž i vztah, který si jedinec vytvoří k sobě samému. Skrze citové prožitky dochází k poznání vlastní jedinečnosti a odlišení se od okolí. Objevuje se zájem o vlastní emoce, ale jejich porozumění bývá obtížné (Vágnerová, 2005).

Jako další složku sebepojetí dospívajícího uvádí Vágnerová (2005) sebeúctu a výkon. Sebeúcta v tomto období je však často zranitelná a labilní. Jejími složkami jsou aktuální pocity a bazální sebeúcta.

Kromě toho se výrazně formuje i identita sexuální. Narůstá nejen frekvence sexuálních aktivit, ale i jejich diferenciací (Langmeier & Krejčířová, 2006).

5.2.2 Tělesné sebepojetí dospívajících

V dospívání dochází k významné tělesné proměně, která má různý subjektivní význam. Tělesný vzhled se stává významnou součástí identity jedince a atraktivita určitou sociální hodnotou (Vágnerová, 2005).

Hodnocení vlastního tělesného já, zahrnujícího informace o vlastním zdraví, vzhledu nebo tělesné výkonnosti, významným způsobem ovlivňuje celkové sebepojetí. Takové údaje jedinec získává z mnoha vnitřních i vnějších zdrojů a jsou vyjádřením subjektivní zkušenosti jedince se svým vlastním tělem. Toto tělesné sebepojetí je ovlivněno spokojeností nebo nespokojeností s vlastním tělesným vzhledem, které se pak promítá do celkového sebehodnocení (Fialová, 2006).

Fyzický vzhled a zejména tělové schéma (body image) mají v době dospívání vliv na vývoj identity a jsou nedílnou součástí prezentace osobnosti. Tělové schéma znamená mentální představu člověka o svém těle, jak se v něm cítí, jak ho vnímá, jak o něm smýšlí, a jaký má k němu vztah (s. 425) (Thorová, 2015).

Tělové schéma je součástí identity od raného věku, ale jeho změny v tomto období jsou subjektivně velmi citlivě prožívány. Jejich význam určují především představy o ne/atraktivitě vlastního dospělého vzezření, psychická vyspělost a sociální interakce změnu doprovázející. Změny tělového schématu v dospívání se také v extrému mohou promítnout do negativního uvažování o sobě samém a může dojít až k ohrožení integrity vlastního já. (Smékal & Macek, 2002).

Dospívání staví před jedince obtížný a veliký úkol-přijmout své tělo, svou tvář, své schopnosti, svou povahu a všechny další své stránky, tedy úkol přijmout sama sebe takového, jaký jsem (Říčan, 2004).

Hodnocení vlastního vzhledu je velmi důležité hlavně na začátku tohoto období, kdy dochází obvykle k prudkému poklesu v úrovni sebehodnocení, které začne narůstat až později okolo 15.-16. roku. Sebekritický pohled je podmínkou k ujasnění si charakteristik vlastní osobnosti, vyjasnění budoucích společenských rolí, ale může být i příčinou mnoha osobních těžkostí a krizí. Tato sebekritika je také důvodem, proč se dospívající potřebují o své vlastní hodnotě nepřetržitě ujist'ovat (Langmeier & Krejčířová, 2006).

5.2.3 Rozdíly mezi pohlavími

Mezi pohlavími se během dospívání objevuje ve vývoji sebepojetí celá řada rozdílů. U chlapců i dívek dochází k mnoha tělesným změnám. Fyzický zjev je ve středu jejich zájmů. Dochází k vývoji sekundárních pohlavních znaků, urychlenému růstu a dosažení schopnosti sexuální reprodukce, menarché, poluci. U dívek se začínají ukládat tukové zásoby v oblasti hýždí, boků, stehů a prsou, u chlapců se objevují vousy, výraznější muskulatura a změny na kostře. Mezi chlapci a dívkami začínají být jiné poměry v obsahu tělesného tuku i svalů. (Jedlička, 2017).

Vágnerová (2005) uvádí, že u dívek se v tomto období objevuje větší nespokojenost s vlastním vzhledem než u chlapců. Důvody mohou být to, že jejich těla se mění nápadněji, což může vést k vyvolání větší nejistoty. Dále je problémem současný ideál krásy, který je velmi

nedostupný (ideál je blízký prepubertálnímu vzezření) a také je větší tlak sociokulturních stereotypů, kdy je větší tlak na ženskou krásu než na mužskou, a tudíž se dívky mohou cítit nešťastnými z toho, jak vypadají. Význam získávají fantazijní představy o vlastní osobě, dospívající si vytváří ideál, často nedosažitelný a nereálný. Vzniklý rozpor mezi skutečností a ideálem může zapříčinit vznik různých frustrací.

Také se začíná objevovat požadavek na zvýšenou péči o svůj vzhled. Janošová (2005) uvádí, že tento tlak je kladen především na dospívající dívky, spíše než na chlapce, ale jeho projevy jsou patrné téměř na každém kroku.

Mezi chlapci a dívkami se objevují i další rozdíly. Dívky věnují více pozornosti svým stravovacím návykům, především vzhledem k omezování příjmu energie a také věnují své postavě více pozornosti. Ukazuje to například četnost konzumace sladkostí a sjezených nápojů. Alarmující se zde ale vysoké procento dívek, které za účelem snížení své tělesné hmotnosti podstupují nějakou formu diety. Určité tendence k dietnímu chování se u dívek objevují už v jedenáctiletých dívkách a tento trend má s postupujícím věkem tendenci ještě narůstat (Csémy, 2005).

Současné výzkumy ukazují na stabilitu složek sebepojetí v čase, pohlaví a věku. Vlivem kultury a doby dochází ke stírání rozdílů mezi pohlavími. Přesto se ukazuje především u dívek jako důležitý element posilování pozitivního sebeobrazu, sebevědomí a posilovat jejich pozici, protože ve výzkumech vykazují oproti skupině chlapců vyšší míru úzkostnosti (Orel, Obereignerů & Mentel, 2016).

Rozdíly v sebepojetí dětí a adolescentů dle věku a pohlaví byly zkoumány také v České republice, kdy byl proveden výzkum, kterého se zúčastnilo 4901 dětí a adolescentů ve věku 9-21 let. Rozdíly v celkovém sebepojetí mezi pohlavími se potvrdily u věkových kategorií 15-16, 17-18 a také 9-10 let. U tělesného sebepojetí se však tyto rozdíly nepotvrdily, na rozdíl od ostatních kategorií, jakými je například emoční nebo sociální fungování (Orel et al., 2015).

5.3 Sebepečetí dospívajících s nadváhou nebo obezitou

Sebepečetání a sebepečetí se i během dospívání významně tvoří pod vlivem hodnocení jiných lidí, méně rodičů a více vrstevníků. Skrze něj jsou získávány informace o kompetencích i vlastnostech. Dalším zdrojem poznání nabízí srovnávání s jinými lidmi. Sebevědomí je postupně méně ovládáno aktuálními podněty, je integrovanější, diferencovanější i konzistentnější (Vágnerová, 2005).

Jednou z hlavních sil hýbajících vývojem jsou v této fázi vrstevníci. Veřejné mínění skupin vrstevníků a jedinců má obrovský vliv a odsouzení touto skupinou představuje vážnou hrozbu (Říčan, 2004). Pro obézní jedince nebo ty s nadváhou tak může negativní hodnocení vrstevníků představovat potíže.

Hodnocení tělesné hmotnosti vrstevníky může být u adolescentů zdrojem mnohých psychologických problémů. Obézní děti mohou být svými spolužáky považováni za jedince stranící se ostatních, méně často přebírající vedení ve skupině, méně atraktivní a více unavené, nemocné (Fraňková, Pařízková, & Malichová, 2013).

Výzkumy dokazují negativní dopad nadváhy a obezity na celkové sebepojetí dětí a adolescentů. Významně je ovlivněno to, jak se tito jedinci cítí ve svém sociálním prostředí, což také dále ovlivňuje jejich chování (Serassuelo Junior, Cavazzotto, Paludo, Ferreira Zambrin, & Simões, 2015).

Dítě potýkající se s obezitou může reagovat na hodnocení vlastní váhy okolím několika způsoby. Jedním z nich je stažení se do izolace, vyhýbání se vrstevníkům a současné vyvolávání příjemných zážitků skrze konzumaci jídla, čímž dojde k vytvoření tzv. kruhu deprivace obezity (Vignerová & Bláha, 2001), které je následující: *obezita – osamocení – deprivace - příjemné pocity spojené s jídlem - zhoršení obezity* (s. 84). Dalším způsobem je zesměšňování sebe sama skrze vlastní tloušťku, přičemž ani jedna z těchto reakcí není pro boj s obezitou konstruktivní.

Dospívající trpící obezitou vykazují nižší sebevědomí, své pohybové kompetence vnímají jako horší než neobézní populace jejich vrstevníků a objevuje se i nižší hodnocení vlastního vzhledu. Obézní dívky dosahovaly v tomto výzkumu ještě nižších skóre, než chlapci, přičemž u děvčat se navíc objevují větší potíže v oblasti sociálního přijetí (Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson, & Hill, 2006).

Sebehodnocení a body image může být u dospívajících s nadváhou nebo obezitou ve vztahu i s hanbou na vlastní tělo. U adolescentů tak může hanba za vlastní tělo negativně ovlivnit body image a sebehodnocení (Penzešová & Martinčková, 2018).

Výzkumy zaměřené na středoškolské studenty přinesly zjištění ukazující na objevující se nespokojenost s vlastním tělem a výhrady, k vlastnímu tělu, které se objevoval i u dívek s normálními hodnotami BMI. I dívky s hmotností spadající do pásma normy se vnímaly jako příliš tlusté (Fialová, 2006).

5.4 Možnosti zlepšení sebepojetí u dospívajících s nadváhou nebo obezitou

Jak bylo zmíněno v kapitolách výše, nejlepším způsobem boje s nadváhou, obezitou a s nimi souvisejícími potížemi v oblasti sebepojetí a sebehodnocení, je prevence. Veliké možnosti nabízí pohybová aktivita.

Řadu poznatků přinesla nedávno provedená meta-analýza týkající se vztahu léčby dětské obezity, sebevědomí a body image. Léčba dětské obezity podle jejich zjištění pomáhá ke zlepšení sebevědomí a body image hlavně v krátkodobém a střednědobém horizontu. Skrze toto zlepšení pak může docházet k redukci přidružených potíží, jakou je deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy a další (Gow et al., 2020).

Některé výzkumy referují o možnostech zlepšení body image skrze pohyb v hodinách tělesné výchovy. Větší výběr aktivit a častější zařazení těchto vyučovacích jednotek do školních osnov by mohlo být cestou jak u dívek i chlapců docílit zlepšení zdravotního stavu a následně i body image (Kennedy, Winter & Corbin, 2019).

Součástí sebepojetí vzhledem k pohybovým aktivitám je i sebehodnocení sportovní výkonnosti. K jeho nárůstu může dojít skrze zařazování progresivních vyučovacích jednotek do hodin tělesné výchovy. Především u děvčat ve věku 13-17 let vykazujících nízké sebehodnocení sportovní výkonnosti může skrze progresivní hodiny tělesné výchovy dojít k větší pohybové aktivitě (Sigmund & Sigmundová, 2011).

Zajímavé výsledky ohledně zlepšení kvality života a sebevědomí obézních pacientů přinesl výzkum sledující vliv taneční terapie na tuto skupinu jedinců. Po čtyřech měsících této terapie došlo u kontrolní skupiny ke zvýšení sebevědomí a také kvality života (Muller-Pinget et al., 2018).

Současné výzkumy však v protikladu tomu, jaké možnosti zlepšení sebepojetí skrze pohybové aktivity existují, ukazují mnoho nežádoucích trendů, např. že (Csémy, 2013):

- *Velká část dětí (11-15 let) není dostatečně pohybově aktivní*
- *Dívky jsou méně pohybově aktivní než chlapci*
- *S rostoucím věkem u dětí klesá míra pohybové aktivity*
- *Téměř 8 % českých dětí je osvobozeno od povinné školní tělesné výchovy*
- *Děti, chlapci i dívky, uváděly mezi nejdůležitější důvody k pohybové aktivitě: užít si zábavu, posílit zdraví, být v pohodě a vidět se s kamarády*
- *Chlapci nejčastěji uváděli jako nedůležité důvody: hlídat si váhu, potěšit rodiče, vypadat dobře*

- *Dívky opakovaně uváděly jako nedůležité důvody: zažít vzrušení, být dobrý ve sportu a hlídat si váhu*
- *Mezi nejčastější způsoby, jakým trávily sledované děti s rodinou společný volný čas, patřilo sledování televize nebo videa, společné posezení a návštěva přátel či příbuzných. Méně často děti s rodinou sportují a hrají společenské hry*
- *Celkově roste podíl dětí, které tráví svůj volný čas sedavě (s. 68).*

5.5 Měření sebepojetí dospívajících

Dle Fialové a Krcha (2012) lze metody hodnocení vlastní osoby rozdělit na subjektivní a objektivní. Mezi metody subjektivního hodnocení řadí například rozhovor, nákres, škály hodnocení, siluety nebo dotazníky spokojenosti. Metody objektivního hodnocení jsou měření výšky, hmotnosti, podkožního tuku, dále pak výpočty výško-váhových indexů, určování somatotypu nebo držení těla.

Antropometrické metody patří k nejjednodušším způsobům detekce nadváhy a obezity. Jejich výhodou je, že jsou neinvazivní, dostupné, cenově přijatelné a časově nenáročné. Obézní jedinci mají kromě vyššího množství tuku také další odlišné tělesné parametry, jako například větší hloubku a šířku hrudníku, které je dobré v redukčním procesu právě pomocí antropometrických metod také kontrolovat. V českém prostředí realizované monitorování a antropometrická měření přináší informace o vývojových trendech. Sledování obézních dětí ve věku 6,00-18,99 potvrdilo například přítomnost rizikových faktorů jakými je vysoký krevní tlak nebo vysoké hodnoty cholesterolu (Vignerová & Bláha, 2001).

Komplexní pohled na sebepojetí nabízí například dotazník Piers-Harris 2(PHCSCS-2). Dalšími použitelnými testy jsou Dotazník Vnímání vlastní hodnoty (POP), Body Attitudes Questionnaire (BAQ), dotazník Chování zaměřené na tělo (Fialová & Krch, 2012).

Dochází také k vývoji nových metod zaměřených na problematiku sebepojetí a body image v českém prostředí. Byla například vytvořena škála postav Basic Olomouc Body Rating (BOBR) zaměřená na fyzický vzhled a body image (Šrámková & Cakirpaloglu, 2015).

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Podstatu této práce tvoří výzkumné šetření, jehož realizace proběhla v několika na sobě navazujících krocích. Prvním úkolem bylo stanovení výzkumné oblasti a zájmu zkoumání, kterému následoval rozbor odborné literatury a dostupných informačních zdrojů. Na základě této rešerše pak mohly být stanoveny hypotézy a sestaven vlastní výzkumný design.

Další fázi výzkumu představoval výběr vhodných pracovišť a zařízení, ve kterých by bylo možné provést sběr dat a jejich kontaktování a vyjednávání případné spolupráce. Kromě školních zařízení bylo snahou oslovit i zařízení specializující se na léčbu dospívajících s nadváhou a obezitou.

Následně proběhl samotný sběr dat, který se uskutečnil skrze vyplňování dotazníků. Poté jsme mohli začít se statistickou analýzou dat a s jejich interpretací. Pro potřeby této diplomové práce jsme zvolili metodu kvantitativního přístupu.

Kvantitativní přístup předpokládá předvídatelnost a v určité míře i měřitelnost lidského chování. Ten je často spojován s modelem složeným s následujícími komponenty: teorie – hypotéza – operacionalizovaná definice – měření – testování hypotézy – verifikace. K tomu patří i požadavky na validnost a spolehlivost měření (Hendl, 2012). Punch (2008) vymezil sedm prvků kvantitativního šetření, kterými jsou cíle, výzkumné otázky, dotazník, vzorek, strategie sběru dat, strategie analýzy dat a zpráva o šetření.

Kvantitativní výzkum je definován jako série etap, v nichž jsou uplatňovány statistické koncepty. *Výzkum se provádí za účelem přezkušování validity teorie na základě pozorování empirického světa. Hypotézy v rámci teorie vznikají jako tvrzení o předmětu výzkumu. Výzkumník získává informace o světě měřením proměnných, které představují operacionalizované konstrukty. Výzkum začíná definicí otázek a hypotéz, jež ho motivují, a vede k modifikacím hypotéz a teorií (s. 37) (Hendl, 2009).*

Podstata kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání vztahů mezi proměnnými. V kvantitativním výzkumu se realita zachycuje pomocí proměnných, jejich hodnoty se zjišťují měřením a primárním cílem je nalézt, jak jsou proměnné rozloženy, a zvláště jaké jsou mezi nimi vztahy a proč tomu tak je (s.12) (Punch, 2008).

Mezi přednosti kvantitativního výzkumu Hendl (2012) řadí například možnost zobecnitelnosti na populaci, možnost eliminování rušivých proměnných, rychlost sběru dat i jejich analýzy, relativní nezávislost výsledků na výzkumníkovi a vhodnost při zkoumání velkých skupin.

7 ETIKA VÝZKUMU

Důležité otázky ohledně výzkumné práce se týkají právě etiky vědecké práce. Hendl (2009) mezi etické zásady, které je dobré zohlednit řadí dohodu s účastníky a jejich informování, diskrétnost, utajení dat a další.

Základním předpokladem našeho výzkumu bylo samozřejmě právě dodržení etických zásad. Byl vytvořen informovaný souhlas, který bylo nutné distribuovat mezi rodiče. Sběr dat probíhal na dvou pražských středních školách a v dětské léčebně Křetín.

Nejprve byly souhlasy doručeny s časovým předstihem do škol učitelům, v jejichž třídách mělo vyplňování dotazníků probíhat. Ti je skrze žáky poslali rodičům a následně vybrali zpět. V dětské léčebně dostali rodiče informovaný souhlas k vyplnění během přijímání jejich dětí k pobytu. Sběru dat se zúčastnily pouze ti respondenti, jejichž rodiče s výzkumem souhlasili.

Informovaný souhlas obsahoval základní informace týkající se výzkumu a vysvětlení, že sebraná data budou sloužit pouze pro účely závěrečné práce. Důraz byl kladen i na zdůraznění anonymity. Kromě toho obsahoval i kontakty pro zájemce o bližší informace.

Při samotném výzkumu bylo jedním z prvních kroků právě vysvětlení anonymity získaných dat. Vzhledem k povaze zjišťovaných informací bylo snahou během vyplňování dotazníků dohlížet na samostatnou práci bez vzájemné spolupráce nebo vyrušování. Děti, jejichž rodiče informovaný souhlas nepodepsali, měli v době práce kolegů prostor pro to, věnovat se samostatné práci.

Hlavní podmínkou výzkumu bylo nezpůsobit respondentům újmu. Po vysvětlení našich výzkumných záměrů byly rozdány dotazníky a předloženo, jak dlouho přibližně daná práce zabere. Ačkoliv byli požádáni o vyplnění všech položek, bylo jim sděleno, že pokud jim některé otázky budou činit potíže, mohou nechat kolonky volné.

Důraz byl kladen i na vysvětlení faktu, že nejde o hodnotící dotazník, že nás zajímá hlavně názor na danou věc, a že neexistují dobré ani špatné odpovědi. Dále bylo nutné zmínit, že se mohou během práce setkat se slovy, jejichž význam jim nemusí být zřejmý, a že jim bude tazatel pro tento případ dle dispozic.

8 VÝZKUMNÝ CÍL A HYPOTÉZY

Hlavním cílem této výzkumné práce bylo zjistit, jestli obezita a nadváha u dospívajících ovlivňují jejich kvalitu života a sebepojetí ve srovnání se skupinou dospívajících normální váhy.

Na základě stanovení cíle výzkumu tedy byly definovány následující hypotézy:

Hypotéza 1

H0: Kvalita života dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší oproti dospívajícím s BMI spadajícím do pásma normy.

Hypotéza 2

H0: Vztah k vlastnímu tělu dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší od dospívajících s BMI spadajícím do pásma normy.

Hypotéza 3

H0: Sebepojetí dospívajících chlapců s nadváhou nebo obezitou se neliší od sebepojetí dospívajících dívek s nadváhou nebo obezitou.

9 METODY VÝZKUMU

Pro sběr dat do našeho výzkumu byla vytvořena testová baterie složená ze dvou dotazníkových metod a jedné škály siluet postav adolescentů. Kvalitu života respondentů jsme zjišťovali pomocí dotazníku PedsQL 4.0, vztah k vlastnímu tělu jsme zkoumali pomocí dotazníkové metody Piers-Harris 2 a škály siluet postav. Z dostupných škál postav byla vybrána škála siluet dospívajících. Dotazník také obsahoval otázky týkající se demografických údajů, dále otázky na pohlaví, věk, výšku a váhu.

9.1 Dotazník o pediatrické kvalitě života PedsQL 4.0 – Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0)

Tento multidimenzionální dotazník obsahuje 23 položek a měří celkovou kvalitu života a dále ještě vyčleňuje pět dimenzí tohoto pojmu, kterými je fyzické zdraví, pocity, sociální činnost, problémy ve škole a psychosociální zdraví (Mareš, 2006 a). V současné době je dostupná jeho 4.revize.

1. **Fyzické zdraví** - škála složená z 8 otázek zaměřených na výkonnost, tělesné zdraví a aktivitu jedince.
2. **Emoční fungování** – škála složená z 5 otázek zaměřených na pocity a prožívání.
3. **Sociální činnost** – škála vytvořená z 5 otázek týkajících se sociálního fungování s vrstevníky.
4. **Školní fungování** – škála 5 otázek zaměřených na školní prostředí a fungování v něm.
5. **Psychosociální zdraví** – součet 2., 3. a 4. škály a jejich průměr
6. **Celková kvalita života**-součet výše uvedených 5 škál a jejich průměr

Tento test lze administrovat individuálně nebo skupinově, jeho vyplňování zabere okolo 10 minut. Je určen pro věkovou kategorii 7-18 let. (Mareš, 2006 a). Každá položka obsahuje výběr z hodnocení daného výroku pomocí škály 0-4: (0- problém se nevyskytuje nikdy, 1-problém se nevyskytuje téměř nikdy, 2- problém se vyskytuje někdy, 3- problém se vyskytuje často, 4- problém se vyskytuje vždy). Vyhodnocení probíhá převedením hrubých skóre na procenta. Průměrem všech pěti kategorií vznikne hodnota celková kvalita života.

9.2 Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (PHCSCS-2)

Jde o 60-ti položkový sebehodnotící dotazník sebepojetí dětí a adolescentů od 9 do 18 let, k administraci lze použít verzi počítačovou nebo verzi tužka papír. V našem výzkumu byly dotazníky vyplňovány v papírové formě.

Podtitul zní *Jak vnímám sám/sama sebe (The way I feel about myself)* a obsahuje výroky popisující, jak člověk může vnímat sám sebe, na které odpovídá ano nebo ne. Vyplňování zabere přibližně 10-15 minut a jeho velikou výhodou je snadná skupinová administrace. Celkem 6 subškál, které jsou stejné jako ve verzi původní, tvoří dohromady **celkový skóre (TOT)** určující celkové sebepojetí jedince (Obereignerů et. al, 2015).

Subškály testu sebepojetí jsou:

1. **Přizpůsobivost (BEH)** – sleduje popření nebo přizpůsobení problémovému chování
2. **Intelektové a školní postavení (INT)** – vnímání vlastních schopností ke školním a intelektuálním úkolům
3. **Fyzický zjev a vlastnosti (PHY)** – hodnocení vlastního vzhledu a vlastností
4. **Nepodléhání úzkosti (FRE)** – odraz dysforické nálady a úzkosti
5. **Popularita (POP)** – sebehodnocení spadající do okruhu sociálního fungování
6. **Štěstí a spokojenost (HAP)** – štěstí a spokojenost se životem

Subškály jsou odrazem předpokladu multidimenzionality konceptu sebepojetí, kdy je nutné zohlednit kromě celkového pohledu na sebe sama také konkrétní prožitky, chování, schopnosti.... Základním předpokladem tu je fakt, že v různých situacích se děti a adolescenti mohou vidět a vnímat různě. Tyto kategorie taj mohou sloužit k identifikování silných a slabých oblastí, na kterých je pak možné dále pracovat (Obereignerů et. al, 2015).

Vyhodnocení testu obsahuje nejprve výpočet validizačních skóre, následuje výpočet skóre sebepojetí pro celý dotazník a jednotlivé subškály, a posléze se celý profil zakreslí. Hrubý skóre je převeden na percentily a T skóre.

Pro potřeby našeho testování nás zajímal celkový skóre (TOT) a subškála fyzický zjev a vlastnosti (PHY).

Celkový skóre TOT je dle autorů nejvíce prozkoumaným a nejspolehlivějším měřítkem. Obsahuje hodnoty od 0 do 60 a reprezentuje počet položek zodpovězených ve směru pozitivního sebehodnocení. Je to ukazatel celkového sebepojetí: vyšší skóre vyjadřují pozitivní sebepojetí (tj. vysokou sebeúctu, nižší skóre jsou spojeny s negativním sebepojetím (Obereignerů et. al, 2015).

- Vysoký skóre ($\geq 60T$): celkově se dítě a adolescent hodnotí velmi pozitivně
- Průměrný skóre (40T-59T): úroveň sebeúcty obdobná jako většina vrstevníků ze standardizačního souboru, sebehodnocení je vyvážené a odráží jak dobré, tak i špatné stránky
- Nízký skóre ($\leq 39T$): respondent má o své vlastní hodnotě vážné pochyby, nízký skóre ukazuje na pravděpodobně skutečné problémy se sebeúctou, obvykle se tito respondenti hodnotí negativně v několika specifických oblastech, často se v porovnání s vrstevníky považují za ty méně schopné a talentované, nízké skóre TOT mohou být souvislosti s poruchami chování a nálad

Subškála fyzický zjev a vlastnosti PHY měří, jakým způsobem děti a dospívající hodnotí své vlastnosti a vzhled. Je složena z 11 položek. Vyhodnocení je následující:

- Nadprůměrný skóre ($\geq 56T$): u těchto dětí a adolescentů je vyjádřena celková spokojenost s vlastním vzhledem, vnímají se jako populární mezi vrstevníky, vnímají sami sebe jako fyzicky zdatné a schopné například při vedení hry a sportování
- Průměrný skóre (40T - 55T): v hodnocení vlastního vzhledu a osobních vlastností jsou u těchto dětí a adolescentů vyjádřeny hodnocení jak pozitivní, tak negativní, ale s převahou těch pozitivních
- Nízký skóre ($\leq 39T$): děti a adolescenti dosahující těchto skóre se pravděpodobně potýkají s nízkou sebeúctou v oblasti fyzických sil a také tělesného schématu, mohou se u nich objevovat pocity menší atraktivity, můžou mít potíže přijmout některou svoji konkrétní fyzickou vlastnost, mohou mít také pocity neoblíbenosti u vrstevníků

9.3 Škála siluet postav

Jedna z nejvyžívanějších kvantitativních metod je technika siluety, která měří stupeň a orientaci nespokojenosti s vlastním tělem. Jedinci jsou prezentováni siluety postav v rozmezí od štíhlých po silné a jeho úkolem je vybrat postavu, která podle jeho představ odpovídá jeho reálné tělesné konstituci. Následně respondent vybere siluetu, která podle něj představuje ideál a rozdíl mezi nimi je ukazatelem spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem (Grogan, 2000).

Klíčovým ukazatelem nespokojenosti s vlastním tělem je tedy případná diskrepance mezi představou o reálné podobě svého těla a představou svého ideálního tělesného já (Bulik et al., 2001).

Této metodě původně vytvořené Stunkardem v roce 1983 (Šrámková & Cakirpaloglu, 2015) se dostalo celé řady modifikací. Dnes jsou k dispozici pro výzkumníky formy této škály pro dospělou populaci, pro děti i pro adolescenty.

Výzkumy zaměřené na ověření platnosti této metody u věkové kategorie 6-14 let potvrzují validitu této metody, která vykazuje vysokou korelaci mezi aktuálním BMI a sebehodnocením dětí a dospívajících (Lombardo et al., 2014). Na její platnosti i u nižší věkové kategorie (7-12 let) poukazují výzkumy další (Truby & Paxton, 2002).

V našem výzkumu byly použity siluety dle Collinsové (1991). Respondentovi ve výzkumu bylo prezentováno 7 siluet postav dospívajících seřazených vedle sebe od nejútlejších na levé straně až po obézní na straně pravé. V horním řádku jsou znázorněny dívčí siluety, ve spodním chlapecké. Každá silueta má pod sebou číslo a respondent si má z nich vybrat a odpovědět na následující otázky:

- Která postava se nejvíce podobá Vaší postavě?
- Jak byste si přáli vypadat?
- Jak si myslíte, že Vás vnímá Vaše okolí?

Škála je součástí přílohy číslo 1.

10 SBĚR DAT

Na počátku výzkumu bylo nutné vybrat a kontaktovat instituce, ve kterých by bylo možné výzkum realizovat. Pro navázání kontaktu byly vybrány instituce, se kterými jsme již v minulosti nějakou formou spolupracovali.

Sběr dat proběhl na jaře a na začátku léta roku 2019. Nejprve byly osloveny organizace pro spolupráci, následovalo představení výzkumného cíle a záměrů vedení škol a poté došlo k navázání komunikace s učiteli a psychology, kteří na sběru dat spolupracovali.

Důležité bylo vybrat konkrétní třídy, ve kterých věk studentů odpovídal věkové kategorii, na kterou byl tento výzkum zaměřen.

Nejprve bylo nutné distribuovat informovaný souhlas rodičům respondentů. K tomu došlo několik týdnů před samotným sběrem, kdy na školách souhlasy rozdali učitelé v hodinách Základů společenských věd.

V ozdravově informované souhlasy předala rodičům psycholožka při příjmu dětí do zařízení.

Děti, které nedodaly do stanoveného termínu podepsané informované souhlasy, se sběru dat nezúčastnily a věnovaly se během toho samostatné práci.

Sběr dat proběhl na pražské obchodní akademii Hovorčovická, na pražském Arcibiskupském gymnáziu a v dětské léčebně Křetín. Vyplňování dotazníků bylo formou tužka-papír a testová baterie byla složena z dotazníku PedsQL 4.0, Pierrs-Harris 2 a škála, siluet postav pro adolescenty. Na poslední straně respondenti vyplňovali demografické údaje.

Celkem se baterie skládala z pěti stránek formátu A4.

Respondentům se nejprve představil výzkumník, následně byli studenti seznámeni se záměrem a cílem práce, byly jim prezentovány zvolené metody. Veliký důraz byl kladen na seznámení studentů s principem anonymity, na jeho vysvětlení. Studentům bylo prezentováno k čemu sebraná data budou sloužit a jak se s nimi bude pracovat.

Respondentům bylo sděleno, že v dotaznících neexistují dobré nebo špatné odpovědi, že se jedná o individuální pohled každého z nich. Byla jim také zdůrazněna možnost na nepříjemné dotazy neodpovědět a byly objasněny výrazy, které byly výzkumníky vyhodnoceny jako potencionálně nejasné.

Cílem výzkumníka bylo dát následně dostatečný prostor pro dotazy, aby bylo vytvořeno bezpečné prostředí a nebyla narušena důvěra. Studentům také byla opakována možnost doptání během samotného testování-během samotného vyplňování se studenti mohli hlásit, aby se

vysvětlily případné nejasnosti či pro studenty neznámá slova. Vyplňování testu trvalo mezi 1015 minutami, celkový čas v jednotlivých třídách byl přibližně okolo 30-40 minut.

Na školách proběhl sběr dat v hodinách Základů společenských věd, vždy v dopoledních hodinách, v ozdravovně probíhal v odpoledních hodinách, kdy byly děti uvolněny z některých aktivit. Prezentace výzkumu proběhla stejným způsobem jako na pražských školách. Testová baterie a její části byla zadávány vždy ve stejném pořadí a se stejnými instrukcemi.

Testování uzavřeno ve školách poděkováním studentům i přítomným učitelům za jejich čas a práci, v ozdravovně bylo zakončeno poděkováním pacientům léčebny a jejich doprovodu. Respondenti vždy dostali v závěru informaci o možnosti obrátit se na výzkumníky v případě možných dotazů k testování.

11 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkum se zaměřuje na věkovou kategorii 13-15 let. Do této věkové kategorie spadají žáci 8. a 9. tříd základních škol, prvních ročníků obchodních akademií a dle typu gymnázia studenti primy na čtyřletých a tercií, kvarty nebo kvinty na víceletých gymnáziích.

Výzkumný soubor na začátku tvořilo 132 respondentů, z čehož bylo 81 respondentů ženského pohlaví a 51 respondentů mužského pohlaví. Z těchto dotazníků muselo být během zpracování dat vyřazeno celkem 9 dotazníků, tedy 5 dívek a 4 chlapci, protože jejich testové baterie nebyly kompletní, chyběly odpovědi na otázky nebo nebyly odpovědi zaznamenány správně. Na konci vyhodnocení dotazníků byl tedy výzkumný soubor složen ze 76 dotazníků vyplněných dívkami a 47 dotazníků vyplněných chlapci, celkem 123. Průměrný věk respondentů byl 14 let. Z pražských škol šlo o 104 dotazníky (51 gymnázium, 53 obchodní akademie), z léčebny Křetín o 19 dotazníků.

Klíčovým krokem bylo rozdělení výzkumného souboru na klinickou a neklinickou skupinu dle hodnot BMI. Pro jeho výpočet je nutné znát váhu a výšku respondenta. V léčebně byly tyto hodnoty změřeny v rámci vstupního vyšetření a váha byla dále sledována v rámci dalších kontrolních vážení. Respondenti ze škol uváděli tyto hodnoty na základě měření vlastního.

Do klinické skupiny byly zařazeni jedinci, jejichž hodnoty BMI spadaly od 85. percentilu výše, a tudíž jde o kategorii odpovídající nadváze a obezitě u dospívajících. Neklinickou skupinu pak vytvořili respondenti, jejichž hodnoty BMI se nacházely pod 85. percentilem.

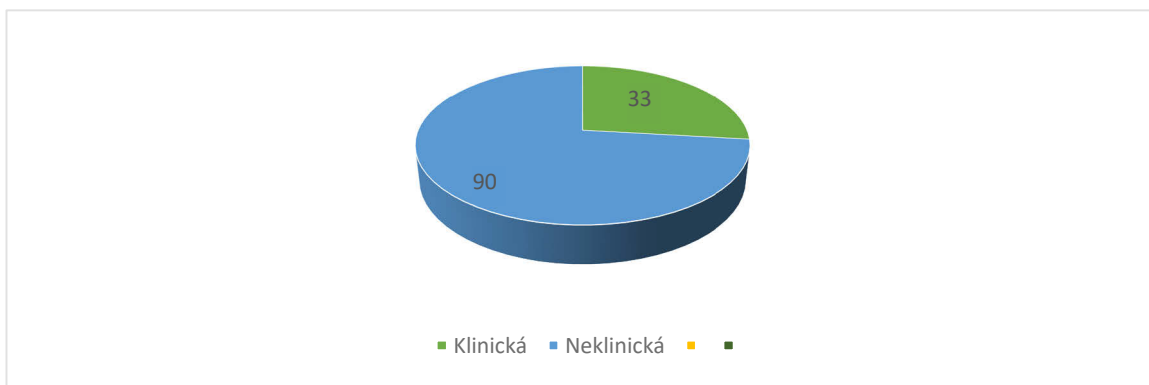
Kritérium rozdělení do klinické a neklinické skupiny bylo zvoleno na základě údajů v odborné literatuře, kde je 85. percentil BMI považován za hranici nadváhy (Zemková, 2012). BMI do 84. percentilu spadá do kategorie normální hmotnosti, 85.-97. percentil značí kategorii nadváhy a nad 97. percentil jde o obezitu (Voráčková et al., 2017).

S ohledem na věk a pohlaví respondentů jsme vypočítali BMI a na základě toho jsme přiřadili percentily, na nichž se daní jedinci nacházejí. Do klinické skupiny bylo zařazeno 33 respondentů, do neklinické 90. Rozdělení podle skupin uvádí tabulka č. 2 a graf č. 1.

Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů dle skupin

	Četnost	Relativní četnost (%)
Klinická skupina	33	26,8
Neklinická skupina	90	73,2
Celkem	123	100

Graf č. 1: Rozdělení počtu respondentů dle skupiny

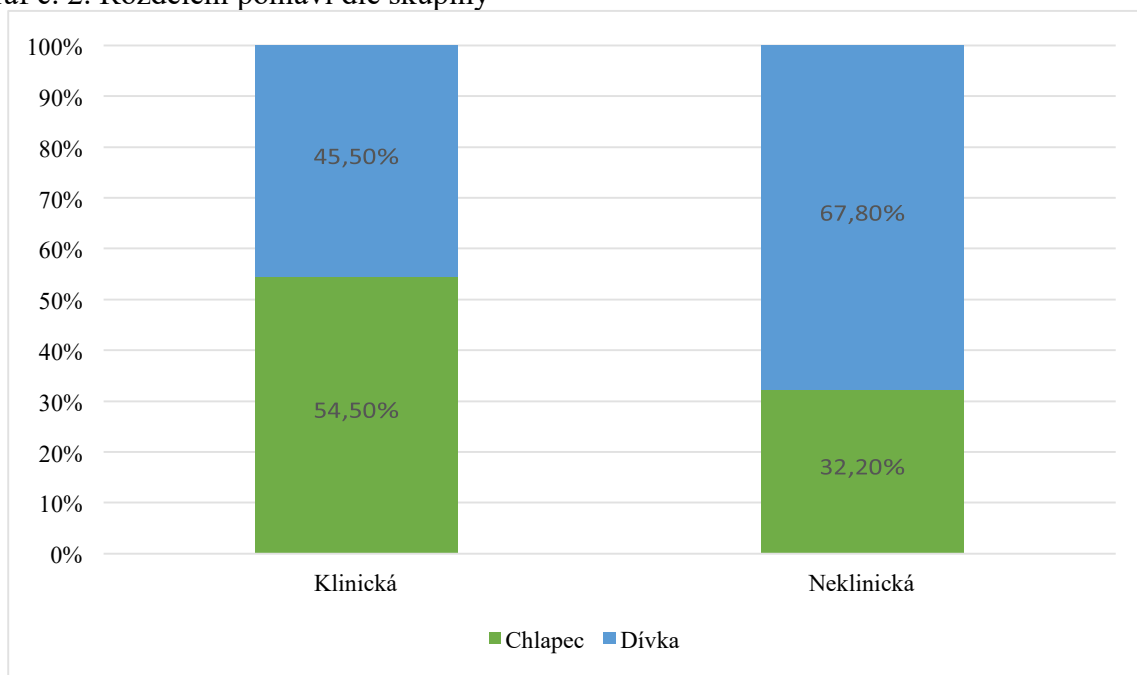


Rozdělení klinického a neklinického souboru dle pohlaví uvádí tabulka č. 3. V klinické skupině bylo celkem 18 chlapců a 15 dívek. Neklinickou skupinu tvořilo 29 chlapců a 61 dívek. Přehledněji to uvádí také graf č 2.

Tabulka č. 3: Rozdělení respondentů podle pohlaví

		Pohlaví		Celkem
		Chlapec	Dívka	
Skupina	Klinická	18; (54,5 %)	15; (45,5 %)	33; (100 %)
	Neklinická	29; (32,2 %)	61; (67,8 %)	90; (100 %)
Celkem		47; (38,2 %)	76; (61,8 %)	123; (100 %)

Graf č. 2. Rozdělení pohlaví dle skupiny



Na respondenty je také možno nahlížet prostřednictvím příslušnosti k jednotlivým skupinám dle percentilového rozmezí, což uvádí tabulka č. 4. Nejvíce respondentů spadalo do rozmezí 25. až 75. percentilu, celkem 43,1 %. U klinické skupiny, definované od 85. percentilu, spadal největší počet respondentů do rozmezí 90. až 97. Percentil.

Tabulka č. 4: Percentilové rozmezí BMI podle skupin

		Skupina		Celkem
		Klinická	Neklinická	
Rozmezí BMI - percentily	pod 3. perc.	0; (0 %)	3; (3,3 %)	3; (2,4 %)
	3. - 10. perc.	0; (0 %)	6; (6,7 %)	6; (4,9 %)
	10. - 25. perc.	0; (0 %)	12; (13,3 %)	12; (9,8 %)
	25. - 75. perc.	0; (0 %)	53; (58,9 %)	53; (43,1 %)
	75 - 85. perc.	0; (0 %)	16; (17,8 %)	16; (13 %)
	85. - 90. perc.	9; (27,3 %)	0; (0 %)	9; (7,3 %)
	90. - 97. perc.	12; (36,4 %)	0; (0 %)	12; (9,8 %)
	97. - 99. perc.	9; (27,3 %)	0; (0 %)	9; (7,3 %)
	nad 99. perc.	3; (9,1 %)	0; (0 %)	3; (2,4 %)
Celkem		33; (100 %)	90; (100 %)	123; (100 %)

Tabulka č. 5 nabízí rozdělení pohlaví dle percentilových pásem, kde můžeme vidět, že v pásmu 85.-90.percentil se nachází 2 chlapci a 1 dívka, v rozmezí 90.-97. percentil to je 7 chlapců a 5 dívek, v rozmezí 97.-99. percentil se nachází 7 chlapců a 2 dívky a nad 99.percentilem se nachází 2 chlapci a 1 dívka. Jinými slovy, kategorii robustní až nadváha zastupují 3 respondenti, kategorii nadváha 12 respondentů, kategorii lehká obezita 9 respondentů a kategorii poslední 3 respondenti.

Tabulka č. 5: Percentilové rozmezí dle pohlaví

		Pohlaví		
		Chlapci	Dívky	Celkem
Rozmezí BMI - percentily	pod 3. perc.	1; (2,1 %)	2; (2,6 %)	3; (2,4 %)
	3. - 10. perc.	4; (8,5 %)	2; (2,6 %)	6; (4,9 %)
	10. - 25. perc.	1; (2,1 %)	11; (14,5 %)	12; (9,8 %)
	25. - 75. perc.	17; (36,2 %)	36; (47,4 %)	53; (43,1 %)
	75 - 85. perc.	6; (12,8 %)	10; (13,2 %)	16; (13 %)
	85. - 90. perc.	2; (4,3 %)	7; (9,2 %)	9; (7,3 %)
	90. - 97. perc.	7; (14,9 %)	5; (6,6 %)	12; (9,8 %)
	97. - 99. perc.	7; (14,9 %)	2; (2,6 %)	9; (7,3 %)
	nad 99. perc.	2; (4,3 %)	1; (1,3 %)	3; (2,4 %)
Celkem		47; (100 %)	76; (100 %)	123; (100 %)

Další informace nám přináší i analýza dat, získaných v dětské léčebně. V tabulce číslo 6 můžeme vidět, do jakých kategorií se tyto dívky a chlapci rozčlenili. Celkem 3 respondenti se nacházeli v kategorii nad 99.percentilem, 9 z nich pak v rozmezí 97.-99.percentil.

Tabulka č. 6: Respondenti z dětské léčebny - percentilové rozmezí

		Pohlaví		
		Chlapci	Dívky	Celkem
Rozmezí BMI- Percentily	85. - 90. perc.	0	3	3
	90. - 97. perc.	2	2	4
	97. - 99. perc.	2	7	9
	nad 99. perc.	2	1	3
Celkem		6	13	19

12 ANALÝZA DAT

12.1 Popisná statistika

Z hlediska popisné statistiky jsme se u jednotlivých testů zaměřili na výpočet středních hodnot, směrodatných odchylek, mediánů, dále pak minimálních a maximálních hodnot. U škály siluet postav nás zajímala především případná diskrepance mezi reálným a ideálním obrazem sebe sama.

12.1.1 Výsledky dotazníku PedsQL 4.0

Základní charakteristiky sledovaných proměnných uvádí tabulka č. 7. U proměnné tělesné fungování je průměrná hodnota u klinické skupiny 77,4 a u neklinické 81,5. Emoční fungování má u klinické skupiny průměr 57,1 a u neklinické 62,2. Proměnná sociální fungování má u klinické skupiny v průměru hodnotu 70 u neklinické 79,9. Školní fungování u neklinické skupiny dosáhlo průměrné hodnoty 67,4 a u neklinické 64,1. Proměnná psychosociální zdraví má průměrnou hodnotu v naší klinické skupině 64,8 a neklinická 68,7. Celková kvalita života u klinické skupiny je v průměru 67,4 a u neklinické 71,2.

Největší rozdíly mezi klinickou skupinou a tou neklinickou jsou v kategorii sociální fungování, kdy je rozdíl mezi skupinami 9,9 a emoční fungování, kde to je hodnota 5,1.

Tabulka 7: Základní popisná statistika skupin

		Skupina	
		Klinická	Neklinická
Tělesné fungování	Počet	33	90
	Průměr	77,4	81,5
	Medián	78,1	84,4
	Minimum	56,3	34,4
	Maximum	100,0	100,0
	Směr. Odchylka	11,2	13,4
Emoční fungování	Počet	33	90
	Průměr	57,1	62,2
	Medián	60,0	65,0
	Minimum	25,0	0,0
	Maximum	100,0	100,0
	Směr. Odchylka	19,2	21,8

Sociální fungování	Počet	33	90
	Průměr	70,0	79,7
	Medián	70,0	85,0
	Minimum	30,0	30,0
	Maximum	95,0	100,0
	Směr. Odchylka	18,3	14,6
Školní fungování	Počet	33	90
	Průměr	67,4	64,1
	Medián	70,0	65,0
	Minimum	35,0	25,0
	Maximum	95,0	95,0
	Směr. Odchylka	15,6	15,1
Psychosociální zdraví	Počet	33	90
	Průměr	64,8	68,7
	Medián	63,3	71,7
	Minimum	36,7	30,0
	Maximum	91,7	95,0
	Směr. Odchylka	13,0	13,5
Celková kvalita života	Počet	33	90
	Průměr	67,4	71,2
	Medián	67,6	72,7
	Minimum	40,8	34,0
	Maximum	92,1	94,8
	Směr. Odchylka	12,1	12,3

12.1.2 Výsledky dotazník sebepojetí PHCSCS-2

Z této metody nás zajímalo především celkové sebepojetí (TOT) a fyzické sebepojetí (PHY), protože práce se z oblasti sebepojetí zaměřuje především na vztah ke svému tělu a sebepojetí tělesné. Kromě těchto dvou kategorií však dotazník obsahuje i kategorii emoční, sociální, školní fungování a psychosociální zdraví. Popisnou statistiku proměnných celkové a tělesné sebepojetí uvádí tabulka č. 8.

V proměnné celkové sebepojetí je průměrná hodnota u klinické skupiny 34,6 a u neklinické 40,1. Tělesné sebepojetí dosáhlo v průměru hodnoty 44,5 u klinické a 51,5 u neklinické skupiny.

Tabulka č. 8: Základní statistické charakteristiky proměnných TOT a PHY

		Skupina	
		Klinická	Neklinická
Celkové sebepojetí (TOT)	Celkem	33	90
	Průměr	34,6	40,1
	Medián	37,0	42,5
	Minimum	10,0	4,0
	Maximum	57,0	57,0
	Směr. Odchylka	13,0	11,1
Tělesné sebepojetí (PHY)	Celkem	33	90
	Průměr	44,5	51,5
	Medián	44,0	54,0
	Minimum	27,0	30,0
	Maximum	64,0	64,0
	Směr. Odchylka	10,4	9,0

12.1.3 Výsledky škály siluet postav

V této škále nás zajímá především přítomnost případné diskrepance mezi vnímaným reálným já a já ideálním. Tato diskrepance může být buď pozitivní nebo negativní, ale v obou případech ukazuje na přítomnost nespokojenosti se sebou samým. Pokud se diskrepance neobjeví, je to předpoklad spokojenosti respondenta v oblasti vlastního tělesného vzhledu.

Výsledky nejčastěji se vyskytujících odpovědí (výběr siluety postavy) uvádí tabulky č. 9 a č. 10, které jsou uvedeny níže. Jsou v ní uvedeny počty, kolik respondentů si zvolilo jednotlivé siluety v jednotlivých skupinách. Jako ideální já je nejčastěji uváděna silueta číslo 3, a to jak v klinické, tak i neklinické skupině. Druhou nejčastější ideální siluetou postavy je opět u obou skupin silueta číslo 4.

Tabulka č. 9: Výběr siluety v klinické populaci-počet respondentů

	Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7
Reálné Já	0	0	0	10	15	4	4
Ideální Já	0	2	20	9	1	1	0

Tabulka č. 10: Výběr siluety v neklinické skupině

	Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7
Reálné Já	3	14	39	30	4	0	0
Ideální Já	1	16	55	18	0	0	0

Výsledky diskrepance podle populací uvádí tabulka č.11, z níž je patrné, že průměr klinické skupiny je -1,6 a u neklinické -0,3. Zajímavou hodnotou je také medián, který je v klinické skupině -2 a v neklinické 0.

Tabulka č. 11: Diskrepance podle skupin

Diskrepance	Skupina		
	Klinická	Neklinická	Celkem
Celkem	33	90	123
Průměr	-1,6	-0,3	-0,7
Medián	-2,0	0,0	-1,0
Minimum	-4,0	-2,0	-4,0
Maximum	1,0	2,0	2,0
Směr. Odchylka	1,1	0,9	1,1

Výsledné hodnoty pro respondenty klinické skupiny podle pohlaví vidíme v níže uvedené tabulce, kde vidíme, že průměrná diskrepance u chlapců je -1,4, u dívek -1,9. O obou pohlaví jde diskrepance stejný směrem, přičemž ale dívky dosahovaly vyšších hodnot a můžeme tak u nich předpokládat větší nespokojenost s vlastním vzhledem než u chlapců.

Tabulka č. 12: Diskrepance podle pohlaví – klinická skupina

Diskrepance	Pohlaví		
	Chlapec	Dívka	Celkem
Celkem	18	15	33
Průměr	-1,4	-1,9	-1,6
Medián	-1,0	-2,0	-2,0
Minimum	-4,0	-4,0	-4,0
Maximum	1,0	-1,0	1,0
Směr. Odchylka	1,1	0,9	1,1

Rozdělení do jednotlivých percentilových skupin BMI z pohledu celkového vzorku nabízí tabulka č. 13, kde jsou uvedeny základní statistické charakteristiky jednotlivých kategorií. Skupina, která se pohybuje v pásmu normální váhy a je ve vzorku nejpočetnější, vykazuje nejmenší diskrepance a vykazuje tedy největší spokojenost. Největší diskrepance se objevuje v kategorii nad. 99.percentil, která je v průměru -3,3. Rozmezí 97.-99.percentil vykazuje v průměru hodnotu -1,6. Další 2 kategorie, které spadají dle našeho rozdělení do klinické skupiny, tedy 90.-97.percentil a 85.-90.percentil vykazují podobnou průměrnou hodnotu, -1,3 a -1,4.

Tabulka č. 13: Diskrepance podle rozmezí BMI - percentily

Rozmezí BMI - percentily	Diskrepance					
	Celkem	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. Odchylka
pod 3. perc.	3	-1,0	-1,0	-2,0	0,0	1,0
3. - 10. perc.	6	0,3	0,0	-1,0	2,0	1,0
10. - 25. perc.	12	0,4	0,5	-2,0	2,0	1,2
25. - 75. perc.	53	-0,3	0,0	-2,0	1,0	0,7
75 - 85. perc.	16	-0,9	-1,0	-2,0	1,0	0,9
85. - 90. perc.	9	-1,4	-1,0	-3,0	0,0	0,9
90. - 97. perc.	12	-1,3	-1,0	-4,0	0,0	1,0
97. - 99. perc.	9	-1,6	-2,0	-2,0	1,0	1,0
nad 99. perc.	3	-3,3	-3,0	-4,0	-3,0	0,6

12.2 Testování hypotéz

Ověřování stanovených hypotéz tvoří základ této práce. Naší snahou bylo zjistit, jestli se klinická a neklinická skupina statisticky významně liší dle testovaných parametrů. Nejprve bylo testováno, jestli data jednotlivých testů pochází z normálního rozdělení. Pro data pocházející z normálního rozdělení byly použity testy parametrické (t-test) a pro zbytek testy neparametrické (Mann-Whitneyův test).

Výsledky jsou uvedeny v tabulkách níže. Výsledky získaných p-hodnot ukazují, že data z normálního rozdělení má u dotazníku na kvalitu života proměnná emoční fungování a školní fungování (p-hodnota u obou testů je vyšší než hladina významnosti $\alpha = 5\%$), proto byly k jejímu ověření použity testy parametrické. U dalších proměnných tohoto testu byly použity testy neparametrické.

Tabulka č. 14: PedsQL – test normality dat

	Shapiro-Wilk		
	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
Tělesné fungování	0,945	123	0,000
Emoční fungování	0,980	123	0,066*
Sociální fungování	0,924	123	0,000
Školní fungování	0,981	123	0,075*
Psychosociální kvalita	0,978	123	0,040
Celková kvalita života	0,975	123	0,020

Pozn. * normalita na hladině významnosti $\alpha = 5\%$

U dotazníku na sebepojetí data také nepochází z normálního rozdělení (p-hodnoty menší než $\alpha = 5\%$), viz. tabulka č. 15, a tudíž i u nich byly použity neparametrické testy.

Tabulka č. 15: PHCSCS 2 – test normality dat

	Shapiro-Wilk		
	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
Celkové sebepojetí	0,954	123	0,000
T skór PHY	0,932	123	0,000

Pro ověření hypotéz jsme použili dvouvýběrový Mann-Whitneyův test pro všechny proměnné, kromě proměnných emoční a školní fungování z dotazníku na kvalitu života, kde jsme použili klasický dvouvýběrový t-test. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách níže.

První hypotézu zamítáme na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ pouze u oblasti tělesné fungování a oblasti sociální fungování (p-hodnota menší než $\alpha = 5 \%$), což nás vede k závěru, že kvalita života v těchto oblastech u dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší oproti dospívajícím s BMI spadajícím do pásma normy. S ohledem na celkovou kvalitu života však na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ tuto hypotézu nezamítáme (tabulka č. 16).

Tabulka č. 16: PedsQL - výsledky testů pro hypotézu 1 – vliv skupiny

	Tělesné fungování	Emoční ^a	Sociální fungování	Školní ^a	Psychosociální kvalita	Celková kvalita života
Testové kritérium	1114,0	-1,171	1005,0	1,071	1208,5	1167,5
P-hodnota	0,034*	0,244	0,006*	0,287	0,114	0,096

Pozn. a – dvouvýběrový t-test

* Statisticky významné rozdíly na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$

I druhou hypotézu jsme ověřovali pomocí Mann-Whitneyova testu. Výsledky testů vidíme v tabulce 17. Na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ testovanou hypotézu zamítáme u obou proměnných (p-hodnoty $< \alpha$). Klinická skupina má ve všech proměnných horší hodnocení, což nás vede k závěru, že vztah k vlastnímu tělu u dospívajících s nadváhou nebo obezitou se liší oproti dospívajícím s BMI spadajícím do pásma normy.

Tabulka č. 17: PHCSCS-2 – vliv skupiny

	Celkové sebepojetí	Tělesné sebepojetí
Mann-Whitney U	1124,5	906,0
P-hodnota	0,039*	0,001*

Pozn. * Statisticky významné rozdíly na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$

Třetí hypotézu testovanou na základě provedeného Mann-Whitneyova testu ($U = 102,5$; p-hodnota = 0,213) na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ nezamítáme. Sebepojetí dospívajících chlapců s nadváhou nebo obezitou se statisticky významně neliší oproti sebepojetí

dospívajících dívek, které také trpí nadváhou nebo obezitou. Souhrnné výsledky použitých testů jsou uvedeny v tabulce č. 18.

Tabulka č. 18: Souhrnné výsledky použitých testů

	Testy normality		T - test		Mann Whitneyův test	
	H	P	H	P	H	P
Kvalita života						
Tělesné fungování	1	0,000	-		1	0,034
Emoční fungování	0	0,066	0	0,244	-	
Sociální fungování	1	0,000	-		1	0,006
Školní fungování	0	0,075	0	0,287	-	
Psychosociální kvalita	1	0,040	-		0	0,114
Celková kvalita života	1	0,020	-		0	0,096
Sebepojetí						
Celkové sebepojetí	1	0,000	-		1	0,039
Tělesné sebepojetí	1	0,000	-		1	0,001
Škála siluet						
Diskrepance (klin.)	1	0,006	-		0	0,213

13 VÝSLEDKY

V této kapitole shrneme získané výsledky a na základě toho ne/zamítneme námi stanovené výzkumné hypotézy. V následující kapitole porovnáme naše výsledky s výsledky některých studií a provedeme analýzu případných chyb a proměnných, které mohly ovlivnit námi získaná data. Na začátku výzkumu jsme si stanovili celkem tři výzkumné hypotézy:

Hypotéza 1

H0: Kvalita života dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší oproti dospívajícím s BMI spadajícím do pásma normy.

Na základě výsledků škály celkové kvality života dotazníku PedsQL 4.0 nezamítáme nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$. Celková kvalita života dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší od dospívajících jedinců v pásmu normální váhy.

Hypotéza 2

H0: Vztah k vlastnímu tělu dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší od dospívajících s BMI spadajícím do pásma normy.

Na základě výsledků škály fyzického sebepojetí (PHY) z dotazníku PHCSCS-2 zamítáme na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ nulovou hypotézu. V tělesném sebepojetí dospívajících s nadváhou nebo obezitou a těmi v pásmu normální váhy existují statisticky významné rozdíly.

Hypotéza 3

H0: Sebeпоjetí dospívajících chlapců s nadváhou nebo obezitou se neliší od sebepojetí dospívajících dívek s nadváhou nebo obezitou.

Na základě výsledků testu škály siluet na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ tuto hypotézu nezamítáme. V sebepojetí dospívajících chlapců a dívek trpících nadváhou nebo obezitou neexistují statisticky významné rozdíly.

14 DISKUZE

V naší studii jsme se zaměřili na kvalitu života a vztah ke svému tělu u dospívajících s nadváhou nebo obezitou. Zajímala nás celková kvalita života a vztah ke svému tělu zjišťovaný skrze vnímání tělesného fungování a skrze spokojenost s vlastním tělem. Pro naše výzkumné účely byla vytvořena testová baterie, která přinesla data ohledně kvality života a sebepojetí dospívajících.

Kvalita života dospívajících s nadváhou nebo obezitou se v našich výsledcích neprokázala jako odlišná od populace spadající do pásma normy, a to navzdory výsledkům mnoha výzkumů (Buttitta, Iliescu, Rousseau, & Guerrien, 2014).

Vztah ke svému tělu, který byl druhým ústředním bodem našeho zájmu, se naopak lišil u klinické skupiny oproti neklinické. Dá se tedy předpokládat, že dospívající s nadváhou nebo obezitou mají horší tělesné sebepojetí než ti v pásmu normální váhy, což potvrzují i další výzkumy (Ottova, Erhart, Rajmil, Dettenborn-betz, & Ravens-Sieberer, 2012).

V klinické skupině se neprokázala odlišnost v sebepojetí dospívajících dívek a chlapců s nadváhou nebo obezitou. Tento závěr potvrzují i další výzkumy (Orel et al., 2015).

Na tomto místě bychom se rádi zamysleli nad získanými výsledky a případnými proměnnými, které mohly působit jako nežádoucí.

Získaná data mohla být ovlivněna už samotným výběrem institucí, ve kterých následně sběr dat proběhl. Tyto instituce byly vyselektovány na základě dostupnosti a ochoty spolupracovat. Zařazení respondentů do výzkumného souboru záviselo dále také na souhlasu rodičů s tímto testováním, který bylo nutné získat v časovém předstihu.

Data byla sbírána metodou tužka-papír. Ačkoliv má dotazníková metoda mnoho výhod, jakými je rychlost sběru dat nebo možnost skupinového zadávání, námi zjišťovaná data byla velmi citlivá. Z toho plyne, že zaznamenávání v kolektivu školní třídy nebo skupiny mohlo vést k jistému zkreslení, neboť mohlo být v takovém prostředí prožíváno jako nekomfortní či příliš osobní.

Někdy se objevovaly i pokusy o spolupráci během vyplňování, které byly už v počátku zastaveny a respondenti byli požádáni o samostatnou práci.

Během sběru dat se často stávalo, že respondenti nerozuměli významům slov, velmi často se doptávali například na význam slova nesmělý/á a další. Je tedy možné, že mohlo docházet k chybnému zaznamenání odpovědí na základě neporozumění významům slov a jednotlivých položek. Samotné vyplnění nebylo časově náročné, ale jeho následné zpracování bylo, a také bylo náročné na spotřebovaný materiál.

Během zpracování dat a vyhodnocování dotazníků bylo také nutné některé vyřadit pro jejich neúplnost či nesprávné zaznamenávání. Byly vyřazeny i ty dotazníky, kde respondenti místo zaškrtování psali vlastní odpovědi.

Zařazení do percentilových skupin dle BMI bylo prováděno na základě dat uvedených respondenty, kteří do záznamového archu uvedli svou váhu a výšku. V dětské léčebně jsou pacienti pravidelně měřeni, a tudíž znají svou aktuální váhu, ale u ostatních respondentů nemusela být tato hodnota vždy zaznamenána přesně a mohlo jít i o odhad skutečnosti z důvodu neznalosti přesného čísla nebo jejího podceňování.

Jedním ze zdrojů zkreslení našich výsledků může být fakt, že klinická a neklinická skupina netvořila stejně veliký vzorek, kdy do klinické skupiny bylo zařazeno na základě percentilu BMI celkem 33 respondentům oproti 90, kteří byli zařazeni do neklinické populace. V poměru zastoupení klinické a neklinické populace je to 1:3. Skupiny se také odlišovaly s ohledem na zastoupení jednotlivých pohlaví, kdy v neklinické skupině bylo větší zastoupení dívek.

Dalším ovlivňujícím faktorem může být fakt, že z klinické skupiny čítající 33 respondentů bylo celkem 19 z dětské léčebny Křetín, což je skupina, která je v rámci léčby nadváhy nebo obezity již pod dohledem a vedením odborníků a jsou většinou dlouhodobě sledováni. V rámci léčby u nich dochází k edukaci a někteří z těchto jedinců se do léčby vrací opakovaně. Proto jde o jedince, kteří už prošli mnoha metodami a jejich ochota se účastnit dalšího testování může být menší. Dá se také mohlo dojít k ovlivnění výsledků u této konkrétní skupiny vzhledem k tomu, v jaké fázi svého léčebného pobytu se tito dospívající nacházeli, neboť dosažené, popřípadě zatím nedosažené, výsledky tohoto redukčního pobytu mohou mít vliv na aktuální psychický stav, sebepojetí i vnímanou kvalitu života, stejně jako další proměnné, jako odloučení od rodiny, absence přátel, ne/dobrovolnost pobytu a další.

Proměnnou, která také stojí za úvahu, je motivace vybraných dospívajících se našeho výzkumu zúčastnit. Respondenti sice donesli vyplněný souhlas rodičů, ale z jejich spolupráce s námi pro ně neplynula žádná výhoda či odměna.

ZÁVĚR

Teoretická část práce se věnuje problematice dospívání, nadváze a obezité, kvalitě života a sebepojetí. Empirická část obsahuje kvantitativní výzkum, zabývající se kvalitou života a tělesným sebepojetím v dospívání u jedinců s nadváhou či obezitou.

Po stanovení výzkumného záměru a cíle jsme si definovali 3 hypotézy. Pro sběr dat jsme vytvořili testovou baterii složenou z dotazníku PedsQL 4.0, PHCSCS-2 a škály siluet postav adolescentů. Pro sběr dat byly vybrány dvě pražské školy, a byl navázán kontakt i s dětskou léčebnou Křetín.

Vzorek byl po vyhodnocení dotazníků složen ze 123 respondentů, které jsme dle zařazení do percentilové skupiny dle BMI rozdělili na klinickou a neklinickou populaci. Klinickou skupinu tvořilo 33 respondentů, neklinickou 90.

Výsledky testů jsme podrobili statistické analýze, na základě které jsme mohli udělat popisnou charakteristiku získaných dat a dále jsme mohli testovat hypotézy. V prvním kroku jsme testovali normální rozdělení dat a podle něj jsme volili vhodné statistické testy.

Celkem jsme si na začátku výzkumu stanovili tři výzkumné hypotézy, z nichž jsme nakonec zamítli pouze jednu, a to hypotézu, že vztah k vlastnímu tělu dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší od dospívajících s BMI spadajícím do pásma normy.

Další dvě hypotézy jsme na základě námi získaných dat nezamítli, a to konkrétně hypotézu, že kvalita života dospívajících s nadváhou nebo obezitou se neliší oproti dospívajícím s BMI spadajícím do pásma normy a hypotézu, že sebepojetí dospívajících chlapců s nadváhou nebo obezitou se neliší od sebepojetí dospívajících dívek s nadváhou nebo obezitou.

V diskuzi jsme se podívali na některé výsledky podobně zaměřených výzkumů a také jsme se zamysleli nad možnými intervenujícími proměnnými, které mohly nějakým způsobem ovlivnit výsledky naší studie

Problematika nadváhy a obezity u dětí a dospívajících bude pravděpodobně aktuálním tématem i v následujících letech a další výzkumy ohledně kvality života a sebepojetí těchto specifických věkových skupin by mohly představovat dobrý zdroj informací pro vytvoření kvalitní preventivní péče i vytvoření prostředí, které je podpůrné a které těmto dětem i dospívajícím v jejich boji pomáhá.

LITERATURA:

- Aldhoon Hainerová, I. (2009). *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.
- Bacchini, D., Licenziati, M. R., Affuso, G., Garrasi, A., Corciulo, N., Driul, D., et al. (2017). The Interplay among BMI z-Score, Peer Victimization, and Self-Concept in Outpatient Children and Adolescents with Overweight or Obesity [Online]. *Childhood Obesity (Print)*, 13(3), 242-249. <https://doi.org/10.1089/chi.2016.0139>
- de Beer, M., Hofsteenge, G. H., Koot, H. M., Hirasing, R. A., de Waal, H. A. D. -van, & Gemke, R. J. B. J. (2007). Health-related-quality-of-life in obese adolescents is decreased and inversely related to BMI [Online]. *Acta Paediatrica*, 96(5), 710-714. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00243.x>
- Biddle, S., Fox, K. R., & Boutcher, S. H. (2000). *Physical activity and psychological wellbeing*. New York: Routledge.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Brettschneider, W. -D., & Naul, R. (c2007). *Obesity in Europe: young people's physical activity and sedentary lifestyles*. Oxford: Peter Lang.
- Bulik, C. M., Wade, T. D., Heath, A. C., Martin, N. G., Stunkard, A. J., & Eaves, L. J. (2001). Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *International Journal Of Obesity*, 25(10), 1517-1524. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801742>
- Bunc, V. (2009) *Možnosti pohybových programů při redukci nadváhy u školní mládeže*. In *Pohyb, výchova a zdraví: sborník příspěvků z mezinárodního vědeckého semináře "Pohyb, výchova a zdraví"* (2009) V Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review [Online]. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 23(4), 1117-39. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0568-5>
- Cihlář, D. & Fialová, L. (2019). *Hodnocení ve školní tělesné výchově a postoje žáků k pohybové aktivitě*. Praha: Karolinum.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal Of Eating Disorders*, 10(2), p. 199-208. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199103\)10:2](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199103)10:2)

- Csémy, L. (2005). *Životní styl a zdraví českých školáků: z výsledků mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Csémy, L., Kalman, M., & Vašíčková, J. (Eds.). (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada.
- Fialová, L. (2014). *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K. S., Caterson, I. D., & Hill, A. J. (2006). Obesity and risk of low self-esteem: a statewide survey of Australian children [Online]. *Pediatrics*, 118(6), 2481-7.
- Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2015). *Dítě s nadváhou a jeho problémy*. Praha: Portál.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Odehnal, J. (2000). *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ.
- Frömel, K. & Novosad, J. & Svozil, Z. (1999). *Pohybová aktivita a sportovní zájmy mládeže*. Univerzita Palackého: Olomouc.
- Gall, K., van Zutven, K., Lindstrom, J., Bentley, C., Gratwick, K., Harrison, C., Lewis, V., & Mond, J. (2016). Obesity and emotional well-being in adolescents: Roles of body dissatisfaction, loss of control eating, and self-rated health. *Obesity (19307381)*, 24(4), 837842.
- van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the relation between weight status and bullying. *International Journal Of Obesity*, 38(10), 1263-1267.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2014.117>
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2019). Associations between mindfulness, self-compassion, difficulties in emotion regulation, and emotional eating among adolescents with overweight/obesity. *Journal Of Child And Family Studies*, 28(1), 273-285.
<https://doi.org/10.1007/s10826-018-1239-5>

- Gow, M. L., Tee, M. S. Y., Garnett, S. P., Baur, L. A., Aldwell, K., Thomas, S., Lister, N. B., Paxton, S. J., & Jebeile, H. (2020). Pediatric obesity treatment, self-esteem, and body image: A systematic review with meta-analysis. *Pediatric Obesity*. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12600>
- Gray, W. N., Kahhan, N. A., & Janicke, D. M. (2009). Peer victimization and pediatric obesity: A review of the literature [Online]. *Psychology In The Schools*, 46(8), 720-727.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review [Online]. *International Journal Of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304. <https://doi.org/10.3109/17477160903473697>
- Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
- Hainer, V. (2011). *Základy klinické obezitologie* (2., přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Grada.
- Hainer, V & Bendlová, B. (2011). *Etiopatogeneze obezity*. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie* (s. 59-87) (2., přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Grada.
- Hamanová, H. (2015). *Dospívání a některé jeho zdravotní problémy*. In J. Machová & D. Kubátová, *Výchova ke zdraví* (s. 183-190). Praha: Grada.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat* (3., přeprac. vyd). Portál.
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (3. vyd). Portál.
- Hendl, J., & Dobrý, L. (2011). *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum.
- Hnilica, K. (2005). *Konflikt hodnot a kvalita života*. In J. Payne, (Eds.). *Kvalita života a zdraví* (s. 296-326). V Praze: Triton.
- Hnilicová, H. (2005). *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In J. Payne, (Eds.). *Kvalita života a zdraví* (s. 205-216). V Praze: Triton.
- Hrabinec, J. (2017). *Tělesná výchova na 2. stupni základní školy*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Hrachovinová, T. & Kebza, V. (2011). *Přístupy ke kvalitě života v proměnách společnosti*. In Gillernová I. (Eds.). *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. (s. 21-35). Grada: Praha.
- Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada.
- Jansa, P. (2014). *Komparace názorů a postojů české veřejnosti k životosprávě, pohybovým aktivitám a sportu*. Praha: Karolinum.

- Jáuregui-Lobera, I., & Bolaños-ríos, P. (2018). Self-perception of weight and physical fitness, body image perception, control weight behaviors and eating behaviors in adolescents. *Nutricion Hospitalaria*, 35(5), 1115-1123. <https://doi.org/10.20960/nh.1726>
- Jedlička, R. (2017). *Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím*. Praha: Grada.
- Kennedy, A., & Winter V., & Corbin, M. (2019). *Physical Education Class and Body Image Perception: Are They Related?* The Physical Educator. Vol. 76, pp.467-484
- Kraus, B., & Poláčková, V. (2001). *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Krch, F.D., (2000). *Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů*. Psychiatrie, 2000, 4(4), s. 231-235. ISSN 1211-7579.
- Křížová, E. (2003). *Sociologické podmínky kvality života*. In J. Payne, (Eds.). *Kvalita života a zdraví* (s. 351-364). V Praze: Triton.
- Kudláček, M., & Frömel, K. (2012). *Sportovní preference a pohybová aktivita studentek a studentů středních škol: aktivní či inaktivní životní styl středoškoláků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kunešová, M. (2011). *Výšetření v obezitologii*. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie* (s. 163-178) (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.
- Kunešová, M. (2011). *Léčba obezity dietou*. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie* (s. 181-199) (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.
- Kunešová, M., Müllerová, D., & Hainer, V. (2011). *Epidemiologie a zdravotní rizika obezity*. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie* (s. 15-32) (2., přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd). Praha: Grada.
- Lombardo, C., Battagliese, G., Pezzuti, L., & Lucidi, F. (2014). Validity of a figure rating scale assessing body size perception in school-age children. *Eating And Weight Disorders: Ewd*, 19(3), 329-36. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0085-0>
- Macek, P. (2003). *Adolescence* (Vyd. 2., upr.). Praha: Portál.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví* (2., aktualizované vydání). Praha: Grada.
- Mareš, J. (2006 a). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD.
- Mareš, J. (2006 b). *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD.
- Mareš, J. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD.

- Mareš, J., & Neusar, A. (2010). SILENT VOICES: CHILDREN'S QUALITY OF LIFE CONCEPTS [Online]. *Studia Psychologica*, 52(2), 81-100.
- Marinov, Z., & Nesrstová, M. (2012). Životní styl rodiny – jednotící prvek multifaktoriálních zdrojů. In Z. Marinov, D. Pastucha, *Praktická dětská obezitologie* (s. 32-36). Praha: Grada.
- Marinov, Z. (2012). Zdroje běžné dětské obezity. In Z. Marinov, D. Pastucha, *Praktická dětská obezitologie* (s. 17-27). Praha: Grada.
- Marinov, Z., & Pastucha, D. (2012). Funkční poruchy pohybového aparátu. In Z. Marinov, D. Pastucha, *Praktická dětská obezitologie* (s. 38). Praha: Grada.
- Marinov, Z., & Zemková, D., *Podklady dětské obezity*. In Z. Marinov, D. Pastucha, *Praktická dětská obezitologie* (s. 13-14). Praha: Grada.
- Málková, I. (2011). Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie* (s. 231-255) (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.
- McBroom, M. M. (2020). Orthorexia Nervosa. *Salem Press Encyclopedia Of Health*. Muller-Pinget, S., Allet, L., & Golay, A. (2018). Body as subject, body as object: How treatment of the obese patient can be improved by dance therapy. *Education Thérapeutique Du Patient / Therapeutic Patient Education*, 10(2), 1-5. <https://doi.org/10.1051/tpe/2018011>
- Obereignerů, R., Orel, M., & Reiterová, E. (2015). Škála sebepojetí u dětí Piers-Harris 2: manuál. Praha: Testcentrum.
- Orel, M., Obereignerů, R., Reiterová, E., Malůš, M., & Fac, O. (2015). Rozdíly sebepojetí u dětí a adolescentů České republiky podle pohlaví a věku. *Psychologie A Její Kontexty / Psychology*, 6(2), 65-77.
- Orel, M., & Obereignerů, R., & Mentel, A. (2016). *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ottova, V., Erhart, M., Rajmil, L., Dettenborn-betz, L., & Ravens-sieberer, U. (2012). Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey [Online]. *Quality Of Life Research*, 21(1)
- Pastucha, D. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada.
- Pastucha, D. (2014). *Tělovýchovné lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton.
- Penzešová, L., & Martinčeková, L. (2018). Hanba za vlastné telo, body image a sebahodnotenie v období strednej a neskorej adolescencie. *Psychologie A Její Kontexty*, 9(2), 65-79.
- Punch, K. (2008). *Základy kvantitativního šetření*. Portál.

- Rychtecký, A., & Tilinger, P. (2017). *Životní styl české mládeže: pohybová aktivita, standardy a normy motorické výkonosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- Sanchez-Villegas, A., Field, A., O'Reilly, E., Fava, M., Gortmaker, S., Kawachi, I., & Ascherio, A. (2013). Perceived and actual obesity in childhood and adolescence and risk of adult depression. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 67(1), 81-86. Retrieved April 22, 2020, from www.jstor.org/stable/43281476
- Sekot, A. (2015). *Pohybové aktivity pohledem sociologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sekot, A. (2019). *Rodiče a sport dětí: rodičovské výchovné styly jako motivační faktor sportování dětí a mládeže*. Brno: Masarykova univerzita.
- Serassuelo Junior, H., Cavazzotto, T. G., Paludo, A. C., Ferreira Zambrin, L., & Simões, A. C. (2015). The impact of obesity on the perception of self-concept in children and adolescents [Online]. *Brazilian Journal Of Kineanthropometry*, 17(2), 165-174.
- Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2011). *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sigmundová, D., & Sigmund, E. (2012). Efekt pohybového programu ve školním prostředí na zmírnění výskytu dětské obezity: výsledky 4leté longitudinální studie. *Medicina Sportiva Bohemica Et Slovaca*, 21(3), 129-141.
- Slepička, P., Hošek, V., & Hátlová, B. (2009). *Psychologie sportu* (Vyd. 2.). Praha: Karolinum.
- Slepičková, I. (2001). *Sport a volný čas adolescentů*. Praha: Karolinum.
- Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas: vybrané kapitoly* (2. vyd). Praha: Karolinum.
- Smékal, V., & Macek, P. (Eds.). (2002). *Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal.
- Středa, L. (2013). *Obézní pacient v interdisciplinárním pohledu*. Praha: České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství.
- Šrámková, L., & Cakirpaloglu, P. (2015). Tvorba škály fyzického vzhledu a body image" v kontextu českého prostředí. *Psychologie A Její Kontexty / Psychology*, 6(2), 95-109.
- Štich, V. (2011). *Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity*. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie* (s. 217-230) (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.
- Šulová, L. (2011). *Současná česká rodina a její znaky*. In Gillernová I. (Eds.). *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. (s. 106-120). Grada: Praha.

- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Truby, H., & Paxton, S. (2002). Development of the Children's Body Image Scale. *British Journal Of Clinical Psychology*, 41, 185-203.
- Tyrlík, M. (Ed.). (2012). *Zátěž v adolescenci*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Včelařová, H., & Cakirpaloglu, P. (2019). Zvládání předpojetí a jiných náročných situací u dětí a dospívajících s normální tělesnou hmotností a s nadváhou a obezitou. *Psychologie A Její Kontexty*, 10(2), 19-34.
- Veses, A. M., Martínez Gómez, D., Gómez Martínez, S., Vicente Rodríguez, G., Castillo, R., Ortega, F. B., González Gross, M., Calle, M. E., Veiga, O. L., & Marcos, A. (2014). Physical fitness, overweight and the risk of eating disorders in adolescents. The AVENA and AFINOS studies. *Pediatric Obesity*, 9(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00138.x>
- Vignerová, J., & Bláha, P. (Eds.). (2001). *Sledování růstu českých dětí a dospívajících: norma, vyhublost, obezita; editoři: J. Vignerová, P. Bláha*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada.
- Voráčková, J., Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2017). Změny ve výživě českých adolescentů vzhledem k jejich tělesné hmotnosti (HBSC 2002-2014). *General Practitioner / Praktický Lékař*, 97(2), 82-86.
- Waasdorp, T. E., Mehari, K., & Bradshaw, C. P. (2018). Obese and overweight youth: Risk for experiencing bullying victimization and internalizing symptoms [Online]. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 88(4), 483-491. <https://doi.org/10.1037/ort0000294>
- Wagenknecht, M. (2011). *Úloha psychologa v péči o obézního pacienta*. In V. Hainer, *Základy klinické obezitologie* (s. 257-273) (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J. & Ramey, C. (2008). Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment. *Obesity* 16: 755-762. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.4>
- Zemková, D. (2012). *Diagnostické zhodnocení dětské obezity*. In Z. Marinov, D. Pastucha, *Praktická dětská obezitologie* (s. 87-125). Praha: Grada.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1: Hodnocení dítěte podle zařazení jeho BMI (nebo hmotnosti k výšce) do percentilových grafů

Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů dle populace

Tabulka č. 3: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 4: Percentilové rozmezí BMI podle populací

Tabulka č. 5: Percentilové rozmezí dle pohlaví

Tabulka č. 6: Respondenti z dětské léčebny- percentilové rozmezí

Tabulka č. 7: Základní popisná statistika populací

Tabulka č. 8: Základní statistické charakteristiky proměnných TOT a PHY

Tabulka č. 9: Výběr siluety v klinické populaci-počet respondentů

Tabulka č. 10: Výběr siluety v neklinické populaci

Tabulka č. 11: Diskrepance podle populací

Tabulka č. 12: Diskrepance podle pohlaví – klinická populace

Tabulka č. 13: Diskrepance podle rozmezí BMI – percentily

Tabulka č. 14: PedsQL – test normality dat

Tabulka č. 15: PHCSCS 2 – test normality dat

Tabulka č. 16: PedsQL - výsledky testů pro hypotézu 1 – vliv populace

Tabulka č. 17: PHCSCS-2 – vliv populace

Tabulka č. 18: Souhrnné výsledky použitých testů

Graf č. 1: Rozdělení počtu respondentů dle populace

Graf č. 2. Rozdělení pohlaví dle populací

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body mass index
HRQOL	Health-related quality of life
PedsQL	Pediatric quality of life
TOT	Celkové sebepojetí
PHY	Fyzické sebepojetí

PŘÍLOHA 1